Información Importante

Sobre Su

Inscripción y Beneficios

Contactos Claves

Todos los Solicitantes y los Miembros
ACCESS — Opción por Internet access.wi.gov
- ¿Ver para que Programas de Salud, Nutrición y Otros Usted Pueda Ser Elegible?
- Solicitar para FoodShare, BadgerCare Plus y Medicaid
- Verificar el Estatus de sus Beneficios (por ejemplo: en cuál plan de salud está inscrito, cuál es la cantidad de sus beneficios de FoodShare)
- Reportar Cambios (por ejemplo: una nueva dirección o trabajo)
- Reportar una Tarjeta de ForwardHealth Dañada o Perdida
- Renovar sus Beneficios y Enviar sus Formularios de Reporte de Seis Meses para Foodshare y/o Cuidado Infantil

Miembros Inscritos en un HMO
- Encargado de Incripción en un HMO — 1-800-291-2002
- Ombudsman del HMO – 1-800-760-0001

FoodShare Medicaid y BadgerCare Plus para Familias Servicios para Miembros — 1-800-362-3002 para ayuda con:
- Primas de Seguro
- Servicios Cubiertos y CoPagos
- Pagos de las Primas de Seguro Médico
- Encontrar a un Proveedor
- Reemplazar su Tarjeta de ForwardHealth

Su Agencia Local, para:
- Preguntas sobre Reglas de Inscripción
- Porqué Fue Aprobada o Regada su Solicitud
- Porqué Han Sido Reducidos o Cesados sus Beneficios
- Su Tarjeta de ForwardHealth Se Perdió, Fue Robada o Está Dañada
- Reportar Cambios por Teléfono, Fax o En Línea (Internet)
- Enviar Prueba/Verificación

Miembros de FoodShare
Servicios al Cliente de QUEST — 1-877-415-5164
- Información General sobre su Tarjeta
- Si No Recibió una Tarjeta QUEST
- Para Reportar una Tarjeta QUEST Perdida, Robada o Dañada
- Para Reemplazar su Tarjeta QUEST
- Para Obtener el Saldo de la Cuenta de su Tarjeta QUEST

El Core Plan de BadgerCare Plus Servicios para Miembros — 1-800-362-3002
- Preguntas sobre el Core Plan, incluyendo:
  o Reglas de Inscripción
  o Servicios Cubiertos

Centro de Servicios de Inscripción – 1-800-291-2002 (Teléfono) o 1-888-409-1982 (Fax)
- Solicitar Beneficios
- Reportar Cambios por Teléfono (también puede reportar cambios por Fax o por Internet en access.wi.gov)
- Enviar Prueba/Verificación

Si tiene una discapacidad y necesita esta información en un formato diferente, o la necesita traducida a otro idioma, favor de llamar al (608) 266-3356 (voz) o 1-888-701-1251 (TTY).

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y deberes, contacte a su agencia o Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.

Para conseguir la dirección o el número de teléfono de la agencia, ver la página 1 de su última Carta de Inscripción, llamar al 1-800-363-3002 o ir a dhs.wi.gov/em/customerhelp.

ForwardHealth

Su Conexión a Cobertura de Salud y Beneficios de Nutrición

Manual de Beneficios e Inscripción — octubre del 2011

CONTENIDO

Programas de ForwardHealth **1**
Quién Puede Inscribirse **1**
FoodShare 1
BadgerCare Plus para Familias 1
El Prenatal Plan de BadgerCare Plus 2
El Core Plan de BadgerCare Plus 2
Medicaid para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas 2
Wisconsin Well Woman Medicaid 2
FoodShare - Receta para una Buena Salud **3**
Cómo Solicitar 3
Créditos de los Ingresos 3
Cálculo de los Ingresos 4
Su Tarjeta QUEST de Wisconsin 6
Cuándo usted Recibe sus Beneficios 6
Uso de sus Beneficios 6
Saldo de su Cuenta 7
Número de Identificación Personal (PIN) 7
Problemas con su Tarjeta QUEST 8
Reglas de FoodShare 10
Reporte de Seis Meses de FoodShare 11
Renovaciones 11
Fraud/Intentional Program – Violaciones 12
BadgerCare Plus para Familias **12**
Cómo Solicitar 12
Fecha de Inscripción 12
Cobertura Retroactiva 13
Cómo Se Calcula su Ingreso 13
Primas y Copagos- Planes de BadgerCare Plus 14
Inscripción en un HMO de BadgerCare Plus 16
Planes con Cobertura Limitada de BadgerCare Plus 18
Reglas del BadgerCare Plus para Familias 19
Reportar Cambios 19
El Core Plan de BadgerCare Plus **20**
Encuesta de Salud 20
Reglas de Ingreso/Activos 20
Reglas del Core Plan de BadgerCare Plus 21
Sus Costos 21
Servicios Cubiertos y Copagos 21
Planes de Medicaid (Personas Ma yores, Ciegas o Discapacitadas) **24**
Cómo Solicitar 24
Fechas de Inscripción 24
Créditos de Los Ingresos 25
Límites de Los Ingresos y Activos del Programa 26
Límite de Ingresos del Standard Plan de Medicaid 27
Deducible de Medicaid 27
Servicios de Cuidado a Largo Plazo 28
Insitutional Medicaid 28
Home and Community Waivers (HCBW) 29
Family Care 31
Family Care Partnership 31
Protección de Empobrecimiento del Cóyuge 32
Cesión de Activos (Divestment) 33
Medicaid Parchase Plan (MAPP) 33
Cobertura Limitada de los Planes de Medicaid 34
Medicare Savings Program 34
SeniorCare Prescription Drug Assistance 36
Tuberculosis Related Services Only 36
Inscripción en un HMO de Medicaid SSI 37
Reglas para Medicaid 37
Reportar Cambios 37
Información Importante para Todos los Planes de Cuidado de Salud **38**
Límites de los Servicios de Emergencia 38
Servicios Que No Están Cubiertos Bajo Ningún Plan 39
Autorización Previa para los Servicios 39
Servicios Cubiertos y Copagos 39
Si Recibe una Factura **44**
Otros Proveedores 44
Fraude 45
Otros Seguros de Salud 45
Información Importante para FoodShare y Cuidado de Salud **46**
Verificación/Prueba 46
Sus Derechos 50
Audiencias Imparciales 50
Asistencia Legal 53

Cartas
Cartas de Inscripción 53
Tarjetas de Identificación **54**
Tarjeta QUEST - Foodshare 54
Tarjeta ForwardHealth 54
Cuidado de Salud 54
Definiciones **55**
Otros Programas **59**
ACCESS.wi.gov **60**
Tablas de Límites de Ingresos Mensuales
FoodShare 62
Cuidado de la Salud 62
Tabla de la Prima del Medicaid Purchase Plan 63
Discriminación 64

Recopilación y Uso de Información

Los datos que se incluyen en la solicitud, entre ellos el Número de Seguridad Social (SSN) de cada miembro del hogar que solicita los beneficios, están autorizados según la Food Stamp Act de 2008 y sus enmiendas (PL 110 246; 7 United States Code 2011-2036) y Wisconsin Statutes ss 49.82(2). Si está solicitando BadgerCare Plus o Medicaid, pero no tiene un Número de Seguro Social a causa de creencias religiosas o su estatus de inmigración, no está requerido un Número de Seguro Social.

La información se utilizará a fin de determinar la elegibilidad de su hogar para comenzar a obtener o seguir recibiendo beneficios.

La información que usted proporcione será corroborada a través de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y su administración.
Brindar esta información, incluso el Número de Seguridad Social (SSN) de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin obstante, cualquier persona que solicite beneficios (FoodShare, o los planes de Medicaid or BaderCare Plus) y no dé un Número de Seguridad Social, no puede recibir beneficios. Los números de Seguridad Social de miembros no inscritos serán utilizados y revelados de la misma manera que aquellos pertenecientes a miembros del hogar que están inscritos.

Su Número de Seguridad Social no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

Programas de ForwardHealth

Los programas a continuación están disponibles para aquellos que cumplen con las reglas del programa:

Nutrición

FoodShare Wisconsin

Cuidado de Salud

Planes de BadgerCare Plus

Cuidado de Salud para Familias y Mujeres Embrazadas:

- El Standard Plan
- El Benchmark Plan
- Prenatal Services

Cuidado de Salud para Adultos Sin Niños a Cargo:

- El Core Plan

Medicaid para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas

- Medicaid Standard
- El Medicaid Purchase Plan (MAPP)
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care)
  - o Home and Community Based Waivers (HCBW)
  - o Family Care
  - o Family Care Partnership
  - o Institutional Medicaid (Hospital, Hogar de Ancianos, Instituciones para Enfermedades Mentales)

Planes de Cobertura Limitada

- Family Planning Only Services
- Emergency Services
- SeniorCare Prescription Drug Assistance
- Beneficios para Tuberculosis-Related Services Only

Medicare Savings Plans

- Qualified Medicare Beneficiary (QMB)
- Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB)
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)
- Qualified Disabled and Working Individual (QDWI)

Quién se Puede Inscribir

Foodshare Wisconsin

Cualquier persona puede solicitar para FoodShare. Usted podría inscribirse si:

- Su ingreso familiar es igual o inferior al límite mensual del programa (ver la página 62),
- Usted es residente de Wisconsin, y
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o resi dente legal.

Los Planes Standard y Benchmark de Badgercare Plus para Familias

Usted podría inscribirse si:

- El ingreso de su familia es igual o inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en ingles) (ver página 62) (niños y jóvenes que dejan el cuidado del hogar pueden inscribirse, sin importar el ingreso de su familia),
- Usted es residente de Wisconsin, y
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal*,

y

Usted es uno de los siguientes:

- Un niño (recién nacido hasta los 19 años de edad)
- Una mujer embarazada
- Un padre o pariente que vive con un niño y que está a cargo de su cuidado
- Un padre/madre con un niño(s) en cuidado temporal (foster care)
- Un joven adulto que ya deja el cuidado temporal (foster care)

** Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal, usted tal vez pueda recibir ayuda a través del plan de Emergency Services o Prenatal Services de BadgerCare Plus. Su condición inmigratoria no será compartida con el United States Citizenship or Immigration Services (USCIS).*

El Prenatal Plan de Badgercare Plus

Este plan provee cuidado de salud relacionado con el embarazo a mujeres que no pueden obtener BadgerCare Plus debido a su condición de inmigrante o que estén presas en una institución pública. Aunque la inscripción en este programa se basa en el embarazo, mientras esté inscrita, podrá obtener los servicios cubiertos por BadgerCare Plus.

El Core Plan de Badgercare Plus

En la actualidad existe una lista de espera para el Core Plan (ver página 62). Para cumplir con las reglas de inscripción del Core Plan, usted debe:

- Ser residente de Wisconsin,
- Tener entre 19 a 64 años de edad,
- No tener niños a cargo menores de 19 años de edad viviendo con usted,
- No estar embarazada,
- Tener un ingreso familiar igual o inferior al 200% del FPL (ver página 62),
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residente legal,
- No tener seguro de salud (privado o través de su empleador) en la actualidad o en los últimos 12 meses,
- No haber dejado su trabajo y perdido el seguro de salud que usted tenía a través de su empleador,
- No tener acceso a un seguro durante los tres meses posteriores a la fecha de su solicitud,
- Pagar una tarifa no reembolsable por la solicitud/renovación (si usted es una persona sin hogar o no es elegible para recibir Indian Health Services, no tendrá que pagar una cuota por procesamiento), y
- No tener acceso a seguro a través de su empleador actual en los últimos 12 meses.

Medicaid Para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas (EBD) y Planes de Ahorro de Medicare

Usted puede inscribirse si:

- Usted es residente de Wisconsin
- Tiene 65 años de edad, está ciego o discapacitado
- El ingreso familiar es igual o inferior al límite de ingreso mensual del programa (ver la sección que empieza en la página 62),
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal.

Wisconsin Well Woman Medicaid

Well Woman Medicaid es un plan estándar de cuidado de salud. Las mujeres inscritas en este plan no se podrán isncribir en un HMO (Health Maintenance Organization).

La inscripción se limita a mujeres que necesitan tratamiento para el cáncer cervical o de mama y que en el momento del diagnóstico están inscritas en uno de los siguientes programas:

- El Wisconsin Well Woman a través de una agencia local del Wisconsin Well Woman
- El Benchmark o el Core Plan de BadgerCare Plus o
- Family Planning Only Services

Usted se puede inscribir en Well Woman Medicaid si:

- Usted tiene menos de 65 años de edad
- Es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal
- Es residente de Wisconsin,
- Tiene un diagnóstico de cáncer de mama o cervical, o una condición precancerosa del cuello uterino, y
- Necesita tratamiento para el cáncer de mama o cervical, o una condición precancerosa del cuello uterino, identificados por un proveedor aprobado para dar diagnósticos del programa de Wisconsin Well Woman, el Core Plan o el Benchmark Plan de BadgerCare Plus, o el plan de Family Planning Only Services,
- No está cubierto por un seguro privado o algún otro seguro público para el tratamiento de su cáncer de mama o cervical.

FOODSHARE WISCONSIN

Como Solicitar

Usted puede hacer su solicitud por Internet en access.wi.gov, por correo, por teléfono o en persona. Si decide hacer su solicitud por correo, complete la solicitud de Foodshare (Formulario F-16019B).

Usted puede obtener su solicitud de su agencia, por Internet en dhs.wi.gov/em/customerhelp, o al llamar al 1-800-362-3002.

Envíe la solicitud completa y firmada junto con cualquier prueba necesaria (vea Pruebas/ Verificación en la página 46) a la agencia. Usted puede conseguir la dirección y el número de teléfono de la agencia en dhs.wi.gov/em/customer-help o al llamar al 1-800-362-3002. Cada persona que solicite FoodShare deberá tener una entrevista. La entrevista se hará por teléfono, a menos que usted prefiera tenerla en persona en la agencia local.

A usted se le notificará, por escrito, dentro de 30 días a partir del día en que la agencia local reciba su solicitud, a menos que usted califique para los Servicios Prioritarios.

Servicios Prioritarios de FoodShare

Su solicitud podría ser procesada dentro de los 7 días siguientes a su solicitud y/o formulario de registro si su hogar:

- Dispone de $100 o menos en efectivo o en el banco, y
- Espera recibir un ingreso de menos de $150 este mes; o
- Tiene un costo de alquiler/hipoteca o servicios públicos superior al monto total de ingreso bruto mensual, dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias para este mes; o
- Incluye un trabajador(es) agrario migratorio o temporal cuyo ingresos ha parado.

Créditos de los Ingresos

Algunos créditos por vivienda, cuidado de niño y sustento de menor, se restan de su ingreso mensual bruto para encontrar su ingreso mensual neto. Los montos de los beneficios que usted reciba de Foodshare se basan en el número de personas que viven en el hogar y en el ingreso neto mensual de su familia, (ver la Tabla de Ingreso Mensual, página 62).

Cómo se Calculan sus Beneficios de Foodshare
Los beneficios de FoodShare están basados en una escala móvil. Para calcular el monto de sus beneficios, su agencia local verá el número de personas en su hogar, así como también sus ingresos, menos los créditos de FoodShare y facturas.

Ingreso del Hogar

La mayoría de los tipos de ingreso se contabilizan. Después de sumar todo su ingreso del hogar contable para obtener su ingreso bruto, le daremos crédito por algunas de las facturas que usted paga.

Créditos

Para FoodShare, si usted reporta y verifica a la agencia local ciertos costos, usted podría obtener hasta un máximo de seis créditos. La agencia restará estos créditos de su ingreso bruto mensual para obtener su ingreso neto. Algunos hogares podrían no obtener crédito por ciertos gastos y no todos los créditos serán por el monto actual reportado y verificado.

Los siguientes son créditos que su hogar podría obtener:

① Crédito Fijo (Standard) — Todos los hogares obtendrán este crédito el cual se basa en el tamaño de la familia:

Tamaño de la Familia	Crédito
1 – 3	$142
4	$153
5	$179
6 o más	$205

Ver los límites de ingresos mensuales de FoodShare en la página 62.

② Crédito de Empleo — Si usted está empleado nosotros restaremos un 20% de su ingreso de trabajo o salario.

Por ejemplo, si su ingreso total de trabajo en un mes es de $1,000, su crédito de empleado es de $200 ($1,000 X 20% = $200).

③ Crédito por Gastos Médicos — Si usted tiene 60 años de edad o más, es una persona ciega o con una discapacidad, le daremos crédito por cualquier gasto médico de más $35.

Por ejemplo, usted reportó y verificó $100 en gastos médicos cada mes, le damos un crédito de $65 ($100 - $35 = $65).

④ Crédito por Cuidado de Familiar Dependiente (Dependent Care Credit) — Si usted asiste a entrenamiento, escuela o trabajo y paga por el cuidado de un familiar dependiente, le daremos un crédito por la cantidad que usted paga de cuidado de niños.

⑤ Crédito por Sustento de Menor (Child Support Credit) — Le daremos crédito por cualquier sustento de menor que usted esté requerido a pagar.

⑥ Crédito Fijo de Vivienda/Servicios Públicos — Todos los hogares recibirán un Crédito Fijo por

Crédito Fijo por Servicios Públicos (Standard Utility Credit) Servicios Públicos de $433, sin importar cuánto usted pague por servicios públicos.

Crédito Fijo de Vivienda (Standard Shelter Credit) El Crédito Fijo de Vivienda está basado en el grupo en el que usted esté a continuación e incluye su Crédito por Servicios Públicos de $433.

Grupo 1: Hogares que tengan un miembro de 60 años de edad o más, ciego or una persona con una discapacidad no tienen un límite máximo de Crédito Fijo de Vievienda.

Grupo 2: Hogares que no tengan un miembro de 60 años de edad o más, ciego o una persona con una discapacidad sólo pueden obtener la cantidad máxima permitida de $458 por Crédito Fijo de Vivienda.

Para ambos grupos, usted sólo obtendrá este crédito si la cantidad de vivienda que usted está obligado a pagar y el Crédito Fijo por Servicios Públicos ($433) son más del 50% del ingreso neto (después que otros créditos han sido restados).

Por ejemplo: Su ingreso neto es de $1,000. 50% es $500 ($1,000 X 50% = $500). Si su el costo de Vivienda que reportó es $600, cuando le añade el Crédito Fijo por Servicios Públicos ($433) esto da un total de $1,033. Su Crédito Fijo de Vivienda será $533 ($1,033 - $500 = $533).

Cálculo de los Ingresos

Para un mejor entendimiento sobre como calculamos los ingresos y los créditos para FoodShare, hemos incluido dos ejemplos. Para los límites de ingresos y las asignaciones máximas por favor ver los Límites de Ingresos Mensuales de FoodShare/Cantidades Máximas de Beneficios en la página 62.

EJEMPLO 1: Una familia de una o dos personas con una persona mayor, ciega o con una discapacidad hizo una solicitud. El ingreso bruto mensual reportado y verificado es de $828.00, costo médico mensual de $41.91, costo de vivienda mensual de $343.78 y costo por servicios públicos mensual de $285.00

El ingreso bruto familiar es menor que el límite de ingreso bruto para dos personas ($2,430.00) o sea que esta familia paso el examen de ingreso bruto.

El próximo paso es calcular los créditos de la familia y restar estos créditos al ingreso bruto ($828.00) para obtener el ingreso neto ajustado de la familia.

$828.00 Ingreso Bruto
- $142.00 Crédito Fijo $828.00
- $ 6.91 Costo Médico de más de $35.00
=$679.09 Ingreso Ajustado

Para calcular el subsidio de vivienda/servicios públicos, añadir el costo total de vivienda más el subsidio fijo por servicios públicos de $433.00. Luego restar ½ del del ingreso ajustado. ($679.00 dividido entre dos es igual a $339.54). La cantidad restante es el Crédito de Vivienda / Servicios Públicos.

$343.78 Costo de Vivienda Actual
+$433.00 Crédito por Servicios Públicos
=$776.78 Total del Costo de Vivienda/ Servicios Públicos
- $339.54 50% del Ingreso Ajustado
=$437.24 Crédito de Vivienda/Servicios Públicos

$679.09 Ingreso Ajustado
- $437.24 Exceso de Crédito de Vivienda/ Servicios Públicos
=$241.85 Ingreso Neto Ajustado

Para calcular la cantidad mensual de beneficios, la cantidad de beneficio máxima mensual para dos personas ($367.00) es comparada con el 30% del ingreso neto ajustado. ($241.85 x 30% = $72.55)

$367.00 Cantidad Máxima de Beneficios
- $ 72.55 30% del Ingreso Neto Ajustado
=$294.45 Beneficio Mensual del Hogar

El beneficio mensual para este hogar será de $294 ya que la cantidad se redondea a la cantidad más cercana al dólar.

EJEMPLO 2: Un hogar de una persona hizo su solicitud y reportó y verificó un ingreso mensual de $1,400, gastos mensuales de vivienda de $199, y gastos por servicios públicos de $300.

El ingreso bruto de esta persona es inferior al límite de ingreso bruto para una persona ($1,806.00) de modo que él/ella pasó el examen de ingreso bruto.

$ 1,400.00 Ingreso Bruto
- $ 142.00 Crédito Fijo
= $1,258.00 Ingreso Ajustado

Para calcular el subsidio de vivienda/servicios públicos, añada el costo total de vivienda más el credito fijo por servicios públicos ($433). Luego reste ½ del ingreso ajustado. ($1,258 dividido entre 2 = $629) la cantidad restante es el Crédito de Vivienda/Servicios Públicos.

$199.00 Costo de Vivienda
+$433.00 Costo por Servicios Públicos
=$632.00 Total del Costo de Vivienda/ Servicios Públicos
- $629.00 50% de Ingreso Neto Ajustado

Debido a que el 50% del ingreso neto ajustado ($1,258 dividido entre 2 = $629.00) es mayor que el costo actual de vivienda y servicios públicos ($618) él/ella no obtendra credito de vivienda.

$1,258.00 Ingreso Neto Ajustado
- .00 Crédito de Exceso de Vivienda/ Servicios Públicos
=$1,258.00 Ingreso Neto Ajustado

Para calcular la cantidad mensual de beneficios, la cantidad máxima mensual de beneficios para una persona ($200) es comparado con el 30% del ingreso neto ajustado.

$ 200.00 Cantidad Máxima de Beneficios
$ 377.40 30% del Ingreso Neto Ajustado
= $16.00 Beneficio Mensual de la Familia

Debido a que el 30% del ingreso neto ajustado ($377.40) es mayor que la cantidad máxima de beneficio ($200), y él/ella paso el examen de

ingreso bruto, él/ella obtendrá la cantidad mínima de beneficios para una familia elegible de una o dos personas, la cual es $16.

Su Tarjeta Quest de Wisconsin

Su tarjeta QUEST de Wisconsin es una forma segura y fácil de usar sus beneficios. Las secciones siguientes le explicarán como funciona su tarjeta QUEST y cuando contactar al Servicios al Cliente de QUEST.

Favor de Notar: Puede ver un video por Internet que le dará información sobre su tarjeta y como usarla. Para ver este video vaya a: dhs.wi.gov/em/ay/ebt-vids.htm.

Cuando Usted Recibe Sus Beneficios

Cada mes sus beneficios serán añadidos a su tarjeta QUEST automáticamente. La fecha exacta en que usted recibe sus beneficios está basada en los ochos dígitos de su número de Seguro Social. (Ver la Tarjeta de Billetera que usted recibió con su tarjeta QUEST para estas fechas.) Cada mes, en la medida en que sus beneficios son añadidos a su cuenta QUEST, su saldo subirá. Del mismo modo, en la medida en que usted usa sus beneficios, su saldo bajará.

Uso se Sus Beneficios

Usted puede usar su tarjeta QUEST con la frecuencia con que usted desee y gastar tanto beneficios como usted quiera cada mes. Al final de cada mes, puede dejar en su cuenta tantos beneficios como usted quiera. Tomando en cuenta que cualquier beneficio que usted no use después de 365 días, será removido de su cuenta.

Favor de Notar: Usted debe tener su tarjeta QUEST con usted cada vez que usted vaya a la tienda a comprar alimentos.

Usted puede usar sus beneficios para comprar alimentos tales como:

- Panes y cereales;
- Frutas y vegetales;
- Carnes rojas, pescado y aves;
- Productos lácteos; y
- Semillas y plantas que produzcan alimentos para consumo en el hogar.

Usted no puede usar sus beneficios para comprar artículos tales como:

- Artículos no alimenticios (alimentos para mascotas, productos de papel, jabones, y artículos del hogar, artículos de aseo, pasta dental y cosméticos, etc.);
- Cerveza, vino, licor, cigarrillos o tabaco;
- Alimentos que vayan a ser consumidos en la tienda; o
- Comidas calientes (por ejemplo: alimentos que se compren y cocinen en la tienda).

Si usted come en un lugar donde proveen comidas en grupo para personas mayores o si le llevan la comida a su casa, usted puede usar los beneficios de FoodShare para pagar por estas comidas, si el sitio o proveedor está autorizado para aceptar la tarjeta QUEST.

Usted puede utilizar sus beneficios en uno de los siguientes siempre y cuando la instalación esté autorizada para aceptar la tarjeta QUEST:

- Centro de tratamiento para alcohol y drogas,
- Albergue para mujeres maltratadas,
- Albergue para personas sin hogar, u
- Hogar en grupo para personas con discapacidades.

FoodShare Wisconsin puede reemplazar los alimentos destruidos por una catástrofe o desgracia en el hogar, siempre que hayan sido adquiridos a través de los beneficios de FoodShare. La cantidad de beneficios que su agencia puede reemplazar corresponde a la cantidad real de alimentos destruidos pero no más de la cantidad mensual asignada de beneficios para ese hogar. Usted debe pedir a la

agencia el reemplazo de beneficios dentro de los 10 días a partir de la fecha en que sus alimentos fueron destruidos.

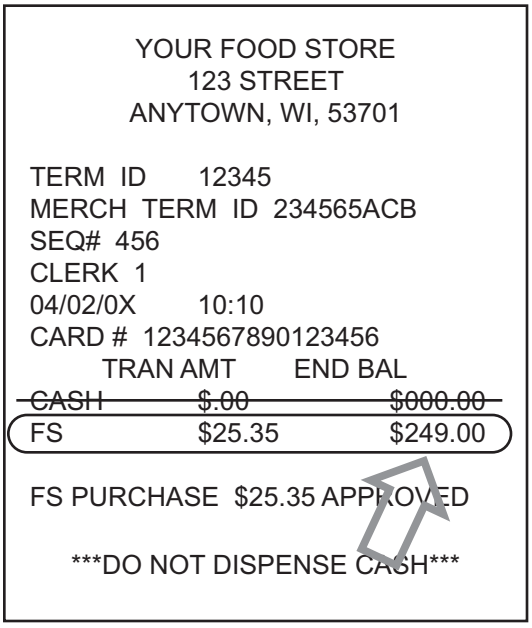
Saldo de su Cuenta

Verifique siempre su saldo antes de ir de compras. Si usted no sabe su saldo, usted puede:

- Llamar a los Servicios al Cliente de QUEST, o
- Ver su último recibo.

El cajero le debe dar un recibo cuando usted compra alimentos con su tarjeta QUEST. El recibo mostrará el saldo de su cuenta. Si a usted no le dan un recibo, pida que le den uno.

Guarde todos sus recibos después de hacer compras con su tarjeta QUEST.


YOUR FOOD STORE
123 STREET
ANYTOWN, WI, 53701

TERM ID 12345
MERCH TERM ID 234565ACB
SEQ# 456
CLERK 1
04/02/0X 10:10
CARD # 1234567890123456

	TRAN AMT	END BAL
~~CASH~~	~~$.00~~	~~$000.00~~
FS	$25.35	$249.00

FS PURCHASE $25.35 APPROVED

DO NOT DISPENSE CASH

Si usted compra articulos que hacen más de la cantidad que hay en su cuenta, dígale al cajero la cantidad que usted quiere restar de su cuenta de tarjeta QUEST. Usted tendra que pagar la diferencia con su propio dinero.

Tenga en cuenta que usted no puede recibir dinero en efectivo con su tarjeta QUEST de Wisconsin. La tarjeta QUEST de Wisconsin no tiene esta opción.

Usted también puede averiguar cuales fueron sus últimas diez compras, llame a los Servicios al Cliente de QUEST. También podría solicitar una lista por escrito de las compras y depósitos hechos en su cuenta durante los últimos tres meses, llame a los Servicios al Cliente de QUEST.

Si usted encuentra un error en el saldo de su cuenta, llame a los Servicios al Cliente de QUEST enseguida. Cuando se comunique con alguien de los Servicios al Cliente, asegúrese de preguntar el nombre de la persona con la que habló y también pida el "número del ticket." El número del ticket es un código que le ayudará a probar que usted informó el error e hizo la llamada.

Si ocurre un problema de computadora que quita o añade beneficios en su cuenta por error, pueda que se haga una corrección en su saldo. La corrección puede afectar el saldo actual o el del mes siguiente.

Usted recibirá una carta por correo si esto fuera a reducir su saldo. Si usted no está de acuerdo con la corrección de la transacción, puede solicitar una audiencia imparcial. (Ver la sección de Audiencia Imparcial en la página 50 para más información.)

Número de Identificación Personal (Pin)

Elección de un PIN

Se le pedirá que elija un PIN. Usted necesitará su PIN para acceder a sus beneficios cuando use su tarjeta QUEST. Para elegir un PIN siga los pasos a continuación. Si usted es sordo o tiene problema de audición ver las "Instrucciones para las Personas con Problemas de Audición" que siguen después de esta sección.

① Elija cuatro números que sean fáciles de recordar pero difíciles para alguien de decifrar.

②. Tenga listo su número de tarjeta QUEST, los cuatros dígitos que usted eligió para su PIN, su fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés).

③. Llame a los Servicios al Cliente al 1-877-415-5164.
④. El sistema le dará varias opciones - escoja la opcion para elegir un PIN.
⑤. Luego diga o ingrese:
- Su fecha de nacimiento.
- Los últimos cuatro dígitos de su SSN.
- Los cuatro dígitos del PIN que usted eligió.

Usted tendrá que ingresar su PIN dos veces.

Instrucciones para las Personas con Problemas de Audición

① Elija cuatro números que sean fáciles de recordar pero difíciles para alguien más de decifrar.
②. Tenga listo su número de tarjeta QEST, los cuatros dígitos que usted eligió para su PIN, su fecha de nacimiento y los cuatros últimos números de su Numero de Seguro Social (SSN).
③. Lame al 711 y pida al operador(a) de TTY que llame al 1-877-415-5164.
④. Hay un par de opciones para elegir. Pida al operador(a) que elija la opción para elegir un PIN.
⑤. Instruya al operador(a) a decir u oprimir:
- Su fecha de nacimiento.
- Los últimos cuatro dígitos de su SSN.
- Los cuatros dígitos del PIN que usted eligió.

El operador(a) tendrá que hacer este paso dos veces.

Guarde su PIN en un Lugar Seguro

Nunca le dé su PIN a nadie, incluso a su trabajador(a), miembros de familia, cajero de la tienda, administrador de la tienda u otro miembro del personal de la tienda. Cualquier persona que sepa su PIN tiene acceso a sus beneficios.

Los beneficios no serán reemplazados si su tarjeta ha sido usada por un comprador autorizado, representante autorizado o cualquier otra persona a la que usted le dé su tarjeta QUEST y PIN.

Favor de Notar: Usted no debe escribir su PIN en su tarjeta ni en cualquier otra cosa que usted guarde en su billetera o bolsa. Usted debe llamar a los Servicios al Cliente de QUEST y elegir un PIN nuevo si cree que alguien sabe su PIN.

Si se le Olvida su PIN

Si usted está en la tienda de comestibles e ingresa el PIN equivocado tres veces, se pondra un bloqueo "lock" en su tarjeta y no podrá usar su tarjeta hasta el día siguiente.

Problemas Con su Tarjeta QUEST

Si su tarjeta QUEST no funciona, llame a los Servicios al Cliente de QUEST. Si aún necesita ayuda, comuníquese con su agencia. También debe de llamar a los Servicios al Cliente de QUEST si recibe un mensaje de error en la tienda de comestibles que usted no entienda.

Mensajes de Error

Ejemplos de mensajes de error que usted puede recibir son:

- Insufficient balance (Saldo insuficiente). Usted ha tratado de gastar más de lo que usted tiene en su cuenta. Usted puede poner para atrás algunos de sus comestibles o pagar el resto con su propio dinero.
- Invalid PIN (El PIN no es válido). Usted ha ingresado el PIN equivocado. Si ingresa el PIN equivocado tres veces el mismo día, un bloqueo "lock" será puesto en su tarjeta hasta el día siguiente.
- Card not on file (Tarjeta no registrada). Comuníquese con los Servicios al Cliente de QUEST.
- Inactive card (Tarjeta inactiva). Si esta es su primera tarjeta, usted debe elegir un PIN antes de poder usarla. Llame a los Servicios al Cliente de QUEST para elegir un PIN.

Servicios al Cliente de QUEST

1-877-415-5164 (voz)
711 (TTY)

Estos números están disponibles las 24 horas del día — los 7 días de la semana.

Cómo Cuidar de su Tarjeta

Que Hacer

- ⇨ Guardar su tarjeta en un lugar seguro.
- ⇨ Mantener su tarjeta limpia,
- ⇨ Cuidar de su tarjeta de la misma forma que usted cuidaría una tarjeta de crédito,
- ⇨ Mantener la línea magnética limpia y sin rayones.
- ⇨ Guardar su tarjeta en una billetera o un bolso.
- ⇨ Mantener su tarjeta alejada de fuentes magnéticas tales como cierres de bolsos, televisores, etc.

Que No Hacer

- ⇨ Doblar o retorcer su tarjeta.
- ⇨ Usar su tarjeta para raspar los cristales, etc.
- ⇨ Darle su PIN a nadie, incluso al cajero de la tienda.

Si Pierde o Roban su Tarjeta

Tan pronto como usted sepa que perdió su tarjeta QUEST o que ha sido robada, llame al Servicio al Cliente de QUEST. Su tarjeta será cancelada cuando usted llame. Si alguien usa su tarjeta antes de usted llamar para cancelarla, sus beneficios no serán reemplazados. Una vez que usted reporta que su tarjeta se perdió o que fue robada, nadie podrá usar su tarjeta y se le enviará una nueva tarjeta el siguiente día laborable.

Si su Tarjeta se Daña

Si su tarjeta se daña o si la tienda tiene que ingresar su número de tarjeta, llame al Servicio al Cliente de QUEST y pida una nueva tarjeta.

Uso de su Tarjeta

Si su tienda no tiene terminales para tarjetas magnéticas, usted tal vez no pueda usar su tarjeta QUEST en esa tienda. Pregúntele al administrador de la tienda o al cajero si la tienda acepta la tarjeta QUEST de Wisconsin. La mayoría de las tiendas que participan en FoodShare de Wisconsin tendrán un letrero de QUEST® en la puerta.

Si la terminal de tarjetas magnéticas no está funcionando, la tienda puede decidir manejar la compra por medio de una llamada al Servicio al Cliente de QUEST.

Algunas tiendas pequeñas, mercados de agricultores o vendedores de reparto podrían usar un formulario de papel que usted tendrá que firmar.

Como Devolver una Compra

Si necesita devolver un producto, llévelo a la tienda donde lo adquirió junto con el recibo y su tarjeta QUEST. La tienda otorgará un crédito por el monto que se agregará a la cuenta de su tarjeta QUEST, el cual estará disponible de inmediato. No recibirá dinero en efectivo.

Si Cambia de Dirección

Si planea mudarse, informe a la agencia local sobre su nueva dirección antes de usted mudarse, ya que si le envían una tarjeta a su dirección anterior no será remitida al nuevo domicilio.

Si Se Muda fuera del Estado

Si usted se muda fuera del estado, informele a su agencia. Usted aún puede usar cualquier beneficio

que tenga en su tarjeta QUEST de Wisconsin en su nuevo estado. Si no puede encontrar una tienda en su nuevo estado que acepte la tarjeta QUEST de Wisconsin, comuníquese con la agencia local de Wisconsin que emitió los beneficios de FoodShare. Para poder continuar recibiendo beneficios en su nuevo estado, deberá solicitarlos de nuevo en este nuevo estado.

Guarde su Tarjeta QUEST

No tire su tarjeta QUEST a menos que se le haya dicho que lo haga o si le han enviado una nueva tarjeta. Usted puede usar la misma tarjeta si recibe beneficios en un futuro.

Favor de Notar: Si usted obtiene una tarjeta nueva por correo, debe de llamar a los Servicios al Cliente en un plazo de 15 días para activar su tarjeta nueva. Su tarjeta anterior será cancelada 15 días después de haberse emitido su nueva tarjeta.

Reglas de FoodShare

Si usted está recibiendo beneficios, tiene que cumplir con las reglas del programa para poder seguir recibiendo beneficios.

Sobrepagos

Sobrepagos son beneficios de FoodShare que le fueron emitidos pero los cuales usted no era elegible a recibir. Usted debe reembolsar los beneficios que reciba por error, aún si el error fue de la agencia y no de usted. Si leyes federales y estatales le exigen que reembolse los beneficios, pero usted se niega a hacerlo, se iniciarán acciones legales en su contra tendientes al cobro de tales beneficios, que pueden incluir lo siguiente:

- Interceptación de devolución de impuestos estatales o federales. (Interceptación de reintegros de impuestos significa que el Estado de Wisconsin puede tomar cualquier sobrepago de cualquier devolución de impuesto que se le deba a usted.)
- Créditos o embargos e impuestos (levy) contra cualquier propiedad inmueble. (Si se le pone un embargue a su casa, usted no puede vender o intercambiar su casa hasta que el sobrepago sea pagado. Un impuesto (levy) provee al estado de Wisconsin el derecho legal de quedarse o vender su propiedad como garantía de una deuda.)
- Asignaciones salariales (Las asignaciones salariales pueden tomar cualquier sobrepago de FoodShare de su ingreso o salario de trabajo antes de que a usted le paguen.)

Repaso de Control de Calidad

Su caso de FoodShare puede ser selccionado al azar por el Department of Health Services de Wisconsin para una revisión de garantia de calidad. Estas revisiones se realizan para asegurarnos de que los miembros reciben los beneficios correctos. Usted tendrá que reunirse con el entrevistador para continuar recibiendo beneficios.

Reglas de FoodShare de Wisconsin

- Dar información falsa o esconder información para recibir o seguir recibiendo beneficios,
- Vender o intercambiar beneficios,
- Usar los beneficios para comprar artículos no comestibles, como alcohol o tabaco, o
- Usar los beneficios de otras personas, tarjetas de identificación u otra documentación.

Reportar Cambios

Si una persona en su casa:

- tiene 60 años de edad o más, o
- está ciego, o
- tiene una discapacidad, y
- la familia recibe ingresos procedentes de un trabajo por cuenta propia o salarios

Los cambios a continuación se deben reportar a la agencia en un plazo de 10 días.

- Un nuevo trabajo,
- Un aumento en el ingreso total de más de $50 al mes, (Por ejemplo, Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Jubilación, etc.),

- Si una persona se muda dentro o fuera de su casa,
- Cualquier cambio en su dirección o costo de vivienda,
- Un aumento en el total del ingreso por sustento de menores de más de $100 por mes, y/o
- Cualquier cambio en la obligación legal de pagar por sustento de menores.

Todas las otras personas deben reportar a la agencia en el décimo día del mes si el ingreso familiar es superior al límite de ingreso para el número de personas en el hogar. La cantidad que usted reporte tambien se enlistará en su última Carta de Inscripción (Enrollment Letter).

Número de Personas en el Hogar	Límite de Ingreso
1	$1,180
2	$1,594
3	$2,008
4	$2,422
5	$2,836
6	$3,249
7	$3,663
8	$4,077

Para cada miembro adicional añada: $414.

Estas cantidades se basan en las pautas federales del 2011 las cuales podrían aumentar anualmente. Las cantidades actuales se pueden encontrar en dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Los cambios se pueden reportar en access.wi.gov, por medio del uso del Reporte de Cambios (FoodShare Wisconsin Change Report - Formulario F-16006), o para reportar ingreso solamente, el Reporte de Cambios de Ingresos (FoodShare Wisconsin Income Change Report – Formulario F-16066), o comuníquese con su agencia local por teléfono, por escrito o en persona.

Reporte de Seis Meses de Foodshare

Es posible que usted tenga que completar un formulario que deberá ser enviado en seis meses llamado el Reporte de Seis Meses (Six-Month Report Form). Si es así, usted recibirá una carta recordándole que el formulario ya viene y la fecha de vencimiento del reporte. También se le pedirá que guarde los talonarios de cheques para cada persona en su hogar que tenga un trabajo.

Hay varias formas de presentar su formulario de Reporte de Seis Meses. Su carta le indicará como puede hacer su Reporte de Seis Meses.

Usted necesitará enviar prueba sobre la información que usted reporte en el formulario. La agencia usará la información en su formulario ya completado y las pruebas que usted proporcione para poner al día su información. (Ver Pruebas/ Verificación en la página 46 para más detalles).

Favor de Notar: Si usted no completa el formulario de Reporte de Seis Meses y provee pruebas de esta información para la fecha de vencimiento, usted podría perder sus beneficios.

Renovaciones

Una vez inscrito en FoodShare, deberá completar una renovación al menos una vez al año. La renovación re realiza para asegurarnos de que usted todavía reúne todos los requisitos del programa y que el monto de sus beneficios es el correcto. Si no se lleva a cabo la entrevista, sus beneficios terminarán.

Usted será notificado por correo el mes antes de que se venza la renovación. Esta carta también le indicará como puede hacer su renovación. (Por ejemplo, si su renovación se vence en abril, su carta se mandará en marzo.) Esta carta también le dará opciones sobre como hacer su renovación (por Internet access.wi.gov, por correo, por teléfono o en persona). También se requiere una entrevista. La entrevista se hará por teléfono a menos que usted prefiera tener su entrevista en la agencia.

Fraude/Infracciones Intencionales al Programa - Violaciones

- Si cualquier información que usted de se determina ser incorrecta, se le pueden negar beneficios y/o ser sujeto a un proceso criminal por proveer a sabiendas información falsa.
- Usted debe devolver cualquier beneficio que usted haya recibido de forma fraudulenta.
- Si FoodShare levanta una demanda en contra de su familia, la información en su solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, podría ser remitida a las agencias federales y estatales, así como también a las agencias de colección, para demandas de acción de colección.

Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente infrinja cualquiera de las normas de FoodShare podría ser excluido del programa por un período de:

- Un año luego de la primera infracción.
- Dos años luego de la segunda infracción.
- De forma permanente en caso de una tercera infracción.

Según el valor de los beneficios uso indebidos, la persona puede también ser multada hasta $250,000, encarcelado hasta 20 años, o ambos. Un tribunal puede también excluir a una persona del programa por unos 18 meses más. Usted será también permanentemente excluido si es condenados por tráfico de beneficios de 500 dólares o más. No podrá obtener beneficios por 10 años si se determina que ha hecho una declaración falsa sobre su identidad y su domicilio para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Delicuentes fugitivos y violadores de libertad condicional no pueden obtener beneficios de FoodShare. La persona también puede ser sujeta a enjuiciamiento en función de otras leyes federales aplicables.

Las personas que intercambien (compran o venden) beneficios por una sustancia controlada/droga(s) ilegal, serán excluidas de recibir beneficios de FoodShare por un período de dos años por la primera ofensa y permanentemente por la segunda infracción.

Las personas que intercambien (compran o venden) beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos, serán excluidas de recibir beneficios de FoodShare de forma permanente.

Badgercare Plus para Familias

Cómo Solicitar

Usted puede hacer su solicitud por Internet en access.wi.gov, por correo, o por teléfono a través de su agencia.

Si usted decide presentar su solicitud por correo, complete los documentos en el paquete de s olicitud para BadgerCare Plus (BadgerCare Plus Application Packet) (Formulario F-10182). Usted puede obtener la solicitud:

- En dhs.wi.gov/em/customerhelp,
- Al llamar al 1-800-362-3002, o
- De su agencia.

Para obtener la dirección y el número de teléfono de su agencia, vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al 1-800-362-3002.

Envié la solicitud ya completa y firmada junto con cualquiera de las pruebas necesarias (ver Prueba/Verificación en la página 46) a su agencia.

Usted será notificado sobre su inscripción, por escrito, en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la agencia reciba su solicitud.

Fecha de Inscripción

Usted no puede recibir beneficios hasta que la agencia reciba su solicitud (ya sea en línea en access.wi.gov, por correo, en persona o por teléfono) y usted haya cumplido con todas las reglas del programa. La fecha más temprana de inscripción será el primer día del mes en que la

agencia reciba una solicitud completa y firmada. En algunos casos, usted puede recibir cobertura retroactiva (ver abajo).

Cobertura Retroactiva

Si tiene facturas médicas durante uno de los tres meses anteriores a la fecha de su solicitud, usted tal vez pueda obtener cobertura por esos meses, si usted es:

- Una mujer embarazada
- Un adulto joven que ya va a dejar el cuidado temporal (foster care)
- Un niño, padre/madre o pariente a cargo del cuidado de un niño con un ingreso familiar igual o inferior al 150% del FPL*.

Cómo se Calcula su Ingreso

Para saber en que plan usted se puede inscribir y si hay algún costo por su plan, nosotros revisamos el ingreso de su familia (antes de cualquier deducción o impuestos). Para BadgerCare Plus usted se le permite deducir cualquier obligación de sustento de menor ordenada por la corte. Su ingreso bruto menos cualquier obligación de sustento de menor es su ingreso neto.

Favor de Notar: Los ingresos de niños menores de 18 años no se cuentan.

Una familia con un ingreso bruto de $2,881.25 y una obligación de sustento de un menor por orden judicial de $350 al mes. El ingreso neto de esta familia es de $2,531.25. Esta cantidad es inferior al límite de ingreso mensual para una familia de cuatro (actualmente $2,793.75).

$2,881.25	Ingreso Bruto
-$ 350.00	Sustento de Menor por Orden del Corte
=$2,531.25	Ingreso Neto

Cómo se Calcula el Ingreso de Trabajo por Cuenta Propia

Para familias con un ingreso de empleo por cuenta propia, determinamos el promedio de ingreso neto mensual de su negocio. Este normalmente se basa en su declaración de impuesto del año anterior. Cuando han surgido cambios en sus circunstancias, el promedio mensual se basará en el ingreso neto del negocio a partir del cambio. Bajo el programa BadgerCare Plus para Familias, permitimos la mayoría de los gastos de negocio, excepto los gastos de depreciación, hipoteca principal de los préstamos de negocio, la compra de bienes de capital o de bienes duraderos.

Si el ingreso de su familia, incluyendo el ingreso de empleo por cuenta propia, es igual o inferior al 200% del FPL sin deducir los gastos de depreciación, usted será inscrito en el Standard Plan. Si el ingreso de su familia es superior al 200% del FPL, se realiza un segundo cálculo para deducir cualquier gasto de depreciación del ingreso del negocio. Si la deducción de la depreciación reduce el ingreso de su familia y esté es inferior al límite de ingreso mensual, la familia será inscrita en el Benchmark Plan.

Por ejemplo: Una familia de cuatro, con ingreso proveniente de un empleo por cuenta propia, tiene un ingreso bruto mensual de $4,200 y gastos permitidos de $200.

$ 4,200	Ingreso Bruto del Negocio
-$ 200	Gastos Permitidos del Negocio
=$4,000	Ingreso Neto

Dado que el ingreso neto de $4,000 es superior al límite de ingreso mensual de $3,675 para una familia de cuatro, se realiza un segundo cálculo para deducir los gastos de depreciación mensual. Esta familia informó $400.

$ 4,200	Ingreso Bruto del Negocio
- $ 200	Gastos Permitidos del Negocio
- $ 400	Gastos de Depreciación
=$3,600	Ingreso Neto

Dado que la cantidad después de los gastos de depreciación es inferior a $3,725, esta familia será inscrita en el Benchmark Plan.

Las cantidades de los ingresos se encuentran en la página 62.

Tenga en cuenta que estas cantidades pueden cambiar una pequeña cifra cada año. Las pautas actuales se pueden encontrar por Internet en dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Límites De Ingresos — Para Inscripción En El Standard Y Benchmark Plan

Las tablas a continuación describen:

- Cual plan está disponible para las familias bajo cada nivel de ingreso de BadgerCare Plus (Ver página 62 para límites de ingresos).
- Si tendrá que pagar una prima.
- Si tendrá copagos.
- Si tendrá cobertura retroactiva.

Padres y personas a cargo del cuidado con empleo por cuenta propia - Si el ingreso de su familia es igual o inferior al 200% del FPL sin deducir depreciación, usted será inscrito en el Standard Plan. Si su ingreso es igual o inferior al 200% sólo cuando se deduce el gasto de depreciación, usted será inscrito en el Benchmark Plan. Si el ingreso de su familia es superior al 150% del FPL, usted tendrá que pagar primas, usted también tendrá que pagar copagos sin importar sus ingresos.

Adultos jóvenes que ya dejan el cuidado temporal (foster care) - Si usted es un adulto joven que ya deja el cuidado temporal (foster care), usted se podría inscribir en el Standard Plan. Si califica como un joven de BadgerCare Plus, usted no pagará primas, sin importar sus ingresos. Usted tendrá que pagar copagos.

Tenga en cuenta que no hay límite de ingresos para jóvenes adultos que ya dejan el cuidado temporal (foster care).

Primas y copagos - Planes de Badgercare Plus

Individual(s)— See the table on page 60 for amounts	*Premium*	*Copay*	*Copay for Indian Health Services*
Tribal Members and Children of Tribal Members • Adults • Age birth to 1, income at 300% FPL and over • Age 1 to 5 years, income at or below 185% FPL • Age 6 to 18 years, income at or below 150% FPL	No	Yes	No
Tribal Members and Children of Tribal Members • Age 6 to 18 years, income at 150 to 300% FPL • Age 1 to 5 years, income at 185 to 300% FPL	No	No	No
Other people who are eligible to get services from an Indian Health Center • Adults • Age birth to 1, income at 300% FPL and over • Age 1 to 5 years, income at or below 185% FPL • Age 6 to 18 years, income at or below 150% FPL	No	Yes	No
Other people who are eligible to get services from an Indian Health Center • Age 6 to 18 years, income at 150 to 300% FPL • Age 1 to 5 years, income at 185 to 300% FPL	Yes	Yes	Yes

Vea la tabla en la página 62 para las cantidades.	*Mujeres Embarazadas*	*Niños*	*Niños con acceso a seguro médico del empleador*
Igual o inferior al 100% del FPL	Standard Plan Prima – No Copago – No Cobertura Retroactiva – Sí	Standard Plan Prima – No Copago – No Cobertura Retroactiva – Sí	Standard Plan Prima – No Copago – No Cobertura Retroactiva – Sí
Del 100% al 150% del FPL	Standard Plan Prima – No Copago – No Cobertura Retroactiva – Sí	Standard Plan Prima – No Copago – No * Cobertura Retroactiva – Sí	Standard Plan Prima – No Copago – Si * Cobertura Retroactiva – Sí
150% del FPL y más			Standard Plan Prima - No Copago – Sí Obligación de Pago (Spenddown)***
Del 150% al 185% del FPL	Standard Plan Prima - No Copago - No	Standard Plan Prima - No Copago - Sí	
Del 185% al 200% del FPL	Standard Plan Prima - No Copago - No	Standard Plan Prima - No Copago - Sí	
Del 200% al 250% del FPL	Benchmark Plan Prima - No Copago – No	Benchmark Plan Prima - Sí Copago - Sí	
Del 250% al 300% FPL	Benchmark Plan Prima - No Copago – No	Benchmark Plan Prima - Sí Copago - Sí	
300% FPL y más	Benchmark Plan Prima - No Copago – No Obligación de Pago (Spenddown)** - Sí	Benchmark Plan Prima - Sí Copago - Sí	

** Los niños menores de 6 años de edad con un ingreso familiar de 100% hasta un 150% del FPL no tienen copagos.*

*** La cantidad de obligación de pago (spenddown) es la diferencia entre el ingreso familiar y el 300% del FPL durante un período de seis meses. En el momento en que la familia tenga gastos médicos que se suman a la antidad de obligación de pago (spenddown), él/ella pueda ser inscrito en el Benchmark plan.*

**** La cantidad de obligación de pago (spenddown) es la diferencia entre el ingreso familiar y el 150% del FPL durante un período de seis meses. En el momento en que la familia tenga gastos médicos que se suman a la cantidad de obligación de pago (spenddown), el niño(s) será inscrito y no tendrá que pagar una prima.*

Los padres y familiares que cuidan a un niño (Vea la tabla en la página 62 para cantidades).				
Ingreso	***Plan***	***Prima***	***Copago***	***Cobertura Retroactiva***
Igual o inferior al 100% del FPL	Standard	No	Sí	Sí
Del 100% al 150% del FPL	Standard	No	Sí	Sí
Del 150% al 185% del FPL	Standard	Sí	Sí	No
Del 185% al 200% del FPL	Standard	Sí	Sí	No
Del 200% al 250% del FPL	Benchmark*	Sí	Sí	No
Del 250% al 300% FPL	Benchmark*	Sí	Sí	No
300% FPL y más	Benchmark*	Sí	Sí	No

* Sólo los padres y/o parientes con empleo por cuenta propia a cargo del cuidado de un niño se pueden inscribir en este nivel de ingreso.

Inscripción en un Hmo (Health Maintenance Organization) de Badgercare Plus

Uno de los muchos beneficios que tienen las familias inscritas en los planes Standand y Benchmark de BadgerCare Plus es que usted y su familia también estarán inscritas en un HMO (Health Maintenance Organization) de BadgerCare Plus.

Un HMO es un grupo de médicos, hospitales y clínicas que trabajan juntos para ayudarle a manejar su cuidado de salud. Algunos HMOs pueden proporcionar todo su cuidado de salud en una sola localidad.

Un proveedor de cuidado principal o clínica de cuidado principal de su elección le ayudará a manejar las necesidades de cuidado de salud de su familia.

Inscripción en un HMO de BadgerCare Plus

Donde hayan dos o más HMOs disponibes para usted y su familia, usted tendrá la opción de elegir en que HMO inscribirse.

Si usted y su familia tienen que inscribirse en un HMO de BadgerCare Plus, usted recibirá un paquete de documentos de Inscripción en un HMO (HMO Enrollment Packet).

Los documentos le dejarán saber cual HMO de BadgerCare Plus se encuentra en su área. El paquete incluirá un formulario de Inscripción que usted puede llenar para elegir su HMO. Usted debe elegir el mismo HMO para todos los miembros de su familia inscritos en los planes Standard y Benchmark. Si usted no elige un HMO, lo más probable es que el programa de BadgerCare Plus lo inscriba en un HMO.

Elección de un HMO

Sus proveedores de cuidado de salud puede que no todos pertenezcan a un solo HMO. Usted necesita decidir cual proveedor es el más importante para usted.

Sus proveedores de cuidado de salud pueden incluir su:

- Proveedor de cuidado principal
- Médico especializado
- Proveedor de salud mental
- Hospital

Otras cosas que deberá considerar son:

- ¿Qué horario tienen los médicos, clínicas, y demás proveedores del HMO?
- ¿Si tiene algunos de ellos horario noctuno?
- ¿Tiene usted un seguro médico adicional? Se espera que usted vea a proveedores de cuidado de salud que acepten su otro seguro así como también el de su HMO.

Servicios Cubiertos por un HMO de BadgerCare Plus

Su HMO de BadgerCare Plus debe proporciornale los mismos servicios que proporciona a los miembros no inscritos en un HMO. (Vea los Servicios Cubiertos que empieza en la página 39).

Es posible que usted sólo reciba cuidado fuera de su HMO, si:

- Se trata de una emergencia,
- Su HMO lo refiere a otro médico, o
- El servicio es un servicio de BadgerCare Plus pero no está cubierto por su HMO (por ejemplo, los servicios quiroprácticos o dentales). Usted puede ver a cualquier proveedor para estos servicios.

En algunos casos, usted podrá obtener los servicios de salud departe de cualquier proveedor médico que acepte BadgerCare Plus y que esté tomando nuevos pacientes.

Esto es cierto para:

- Miembros de una tribu que optararon por no inscribirse en un HMO
- Trabajadores migratorios
- Personas que residen en un área que no recibe servicios a través de un HMO.

Usted recibira información de su HMO sobre cuidado de emergencia, referidos y servicios que no están cubiertos por su HMO.

Leyes federales permiten que los miembros elijan a su proveedor, incluso a médicos y clínicas de planificación familiar, para los servicios de planificación familiar y suministros.

Esto quiere decir que usted también puede ir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte su tarjeta de identificación (ID) de ForwardHealth, aun si la clínica no es parte de su HMO.

Como Cambiar su HMO

Usted puede cambiar su HMO durante los primeros tres meses de su inscripción. A este período se le llama el período de "inscripción abierta (open enrollment)."

Después de 90 días, cuando se termina el período de inscripción abierta, usted no puede cambiar su HMO por nueve meses más. A esto se le llama período "lock-in" (período cerrado). Se le enviará una carta dejándole saber cuando se termina el período "lock-in." Cuando su periodo "lock-in" termine, usted se puede cambiar para otro HMO, si está disponible.

El Encargado de Inscripción le puede ayudar a:

- Decidir si usted debe cambiar su HMO.
- Cambiar su HMO por teléfono.
- Retrasar su inscripción o pedir que no lo inscriban en un HMO, si usted cumple con ciertas reglas.

Sus Derechos en un HMO

Como miembro de un HMO de BadgerCare Plus, usted tiene el derecho de:

- Recibir información acerca de su HMO y como funciona.
- Hacer preguntas y presentar denuncias y quejas.
- Recibir un trato justo.

Asistencia para Personas Discapacitadas

Las personas discapacitadas tienen el derecho de recibir ayuda departe de su HMO. La Ley de Americanos con Dicapacidades (American with Disability Act – ADA) garantiza este derecho. Esto quiere decir que la oficina del médico u hospital debe ser fácil de entrar y salir.

Asistencia para Personas Sordas o con Problemas de audición

Los proveedores en su HMO deben proveer servicios de intérpretes para las personas sordas o con problemas de audición.

Asistencia para Personas que Hablan Un Idioma Que No Sea Inglés

Los proveedores en su HMO deben proveer servicios de intérpretes para las personas que hablan un idioma que no sea inglés.

Asistencia para las Personas Ciegas o con Problemas de la Visión

Usted puede obtener una copia de su manual de miembro del HMO y otra información en Braille, en cintas de audio o CD.

Deberes

Para recibir el mejor cuidado, usted tiene el deber de:

- Decirle a los médicos y enfermeras como se siente.
- Recibir cuidado médico cuando lo necesite.
- Tomarse sus medicamentos y seguir los consejos de su médico.
- Seguir las regals del HMO para recibir servicios de salud.
- Mantener las citas que usted haga.
- Hacer preguntas a su médico, HMO o coordinador.
- Decirle a su HMO lo que piensa para que ellos lo puedan ayudar a recibir el mejor cuidado de salud.

Ejemplos sobre problemas y preguntas

- Se le niega cuidado.
- Usted no puede conseguir una cita.
- Usted no puede ver al médico de su elección médico especializado.
- Usted no puede encontrar a alguien que hable su idioma.
- Usted no está satisfecho con la forma en que su proveedor de cuidado de salud lo trata.
- Usted no recibe ayuda cuando llama al número de teléfono gratis del HMO.
- A usted se le niega equipos o servcios medicamentos necesarios.
- Usted recibe una factura que su HMO debe pagar.

Contactos para Problemas con el HMO

- Llame a su HMO y pida hablar con el Defensor de Miembros (Member Advocate)
- Llame al Ombudsman (Procurador) de BadegerCare Plus al 1-800-760-0001
- Llame al Encargado de Inscripción del HMO al 1-800-291-2002

Planes de Cobertura Limitada se Badgercare Plus

Family Planning Only Services

Ciertas personas, con un ingreso familiar inferior al 300% del FPL (ver página 62) pueden ser elegibles para recibir los servicios de planificación familiar. Puede hacer su solicitud por Internet en access.wi.gov o llamar al 1-800-291-2002.

Si desea más información o tiene preguntas, llame al Centro de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

Favor de Notar: Los servicios siguientes podrían cambiar. Preguntele a su proveedor para ver si el servicio que usted necesita está cubierto.

A través de una visita inicial o de rutina a la oficina relacionada con la planificación familiar, los siguientes servicios podrían estar cubiertos:

- Servicios de anticoncepción y suministros (sumnistros de anticonceptivos como las pastillas anticonceptivas, preservativos, IUDs, etc.)
- Suministros de planificación familiar natural
- Recetas de planificación familiar
- Pruebas de Papanicolaou
- Pruebas y tratamiento de ciertas enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo la clamidia, gonorrea, el herpes y la sífilis, así como tambien ciertas otras pruebas de laboratorio.
- Ligaduras de trompas
- Servicios primarios preventivos de rutina relacionados con la planificación familiar.

Favor de Notar: Sólo ciertos servicios están cubiertos bajo el Family Planning Only Services. Por ejemplo, las mamografías y las histeroctomia no están cubiertas.

Usted le debe decir a su médico que usted tiene este plan, antes de recibir servicios. Su proveedor le debe decir si un servicio no está cubierto. Si un servicio no está cubierto y usted todavía quiere recibir ese servicio, usted tendra que pagar por el mismo.

Tenga en cuenta que este es un plan limitado y que es posible que usted se pueda inscribir en los planes Standard o Benchmark de BadgerCare Plus.

Emergency Services Plan

Este plan provee cobertura a corto a plazo para las personas que tengan una condición de emergencia médica y no pueden obtener BadgerCare Plus sólo por su estatus migratorio. Servicios de Emergencia sólo paga por el cuidado de salud que usted reciba para una condición de emergencia médica. Una emergencia médica es un problema médico que puede poner en riesgo su salud si no recibe cuidado médico enseguida.

Favor de Notar: El plan de Servicios de Emergencia no garantiza que el cuidado que usted reciba sea pagado. Usted tendra que pagar por el costo del cuidado médico que usted reciba, si no es considerado una emergencia.

Reglas para Badgercare Plus para Familias

Reportar Cambios

Usted tiene que reportar cambios en un plazo de 10 días si:

- Hay un cambio donde vive o donde se está quedando, si alguien se muda dentro o fuera de su casa.
- La relación en el hogar cambia (alguien se casa o se divorcia, o o está adoptado) o
- El ingreso familiar mensual (antes de los im puestos) excede ciertos límites de ingresos mensuales para su familia.
- Sus Cartas de Inscripción (ver "Cartas" en la página 53) le darán los límites de ingresos mensuales para el tamaño de su familia y otras reglas de reportes.

Si usted no reporta un cambio y obtiene cobertura cuando no debio es posible que tenga que r eembolsar el costo de esa cobertura.

Ejemplo: Si usted se muda fuera de Wisconsin y no reporta que se mudó, se le pedirá que reembolse cualquier pago que se le haya hecho a su HMO u otros proveedores de cuidado de salud, incluso si no usó su tarjeta de ForwardHealth.

Por lo tanto, si BadgerCare Plus pagó a su HMO $475 mensualmente por su familia, usted tendrá que reembolsar al Estado de Wisconsin $475 por cada mes que se pagó al HMO después que usted se mudó fuera de Wisconsin.

Reporte cambios por Internet en access.wi.gov, llamando a su agencia local o por medio al formulario BadgerCare Plus Change Report (Formulario F-10183). Usted puede obtener este formulario en dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Reportar Cambios — Family Planning Only Services

Si usted está inscrito en Family Planning Only Services, los cambios en sus ingresos no afectarán su inscripción. Sin embargo, usted necesita reportar lo siguiente en un plazo de 10 días:

- Si se mudó a una nueva dirección
- Si se mudó fuera de Wisconsin
- Si hay un cambio de lugar donde vive (ejemplo, usted va a un hogar de ancianos u otra institución)

Reporte cambios por Internet en access.wi.gov o llame al Centro de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

El Core Plan de Badgercare Plus

Información Acerca de la Lista de Espera

El 9 de octubre del 2009, el Department of Health Services (DHS) suspendió el proceso de inscripción del Core Plan de BadgerCare Plus debido a que el total de solicitudes excedía el número de espacios disponibles. El DHS creó una lista de espera. Las personas en la lista de espera podrán inscribirse en el Core Plan en la medida en que haya espacios disponibles. Para más información acerca de la lista de espera, vaya a badgercareplus.org/core.

Si su nombre se añade a la lista de espera del Core Plan, usted recibirá una carta indicándole cuando haya un espacio disponible. La carta le dirá lo que tiene que hacer para inscribirse. Mientras esté en la lista de espera, nos debe dejar saber si hay algún cambio en su información de contacto tal como su dirección y número de teléfono para poder avisarle si hay un espacio disponible en el programa.

Cómo Poner su Nombre en la Lista de Espera

Si usted es un adulto sin hijos a cargos puede hacer su solicitud en línea en access.wi.gov o a través de los Centros de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

Si usted cumple con las reglas del Core Plan, su nombre se pondrá en la lista de espera.

Usted no necesitará proveer prueba/verificación de sus respuestas o completar la Encuesta de Salud hasta que haya un espacio disponible y usted se pueda inscribir en el Core Plan.

Encuesta de Salud

Como parte de su solicitud para el Core Plan de BadgerCare Plus, deberá completar una breve encuesta sobre su salud. Puede completar la encuesta en línea en access.wi.gov o llamar al 1-800-291-2002. La encuesta se utilizará para:

- Ayudarle a elegir el HMO que mejor satisfaga sus necesidades de salud.
- Informarle a cuál HMO puede pertenecer su médico, clínica u hospital, si usted ya tiene un médico, clínica u hospital habitual.
- Hacerle saber a su HMO sobre sus necesidades de salud.

Sus respuestas a la encuesta de salud:

- No se usarán para limitar ni su cobertura de cuidado de salud ni las elecciones de un HMO.
- Sus respuestas se mantendrán privadas y seguras y sólo se compartirán con su HMO y sus provedores de cuidado de salud.

Cuando complete la encuesta, tenga en cuenta que:

- No se le negará cuidado de salud porque tiene una enfermedad pre-existente.
- Sus respuestas a la encuesta de salud no afectarán su inscripción en el Core Plan de BadgerCare Plus. Sin embargo, si no completa la encuesta, no podrá inscribirse en el Core Plan.

Reglas de Ingresos/Activos

Para inscribirse en el Core Plan su ingreso bruto debe ser igual o inferior al 200% del nivel federal de pobreza (vea la tabla de ingreso en la página 62). No hay créditos de ingresos permitidos bajo el Core Plan.

Activos (por ejemplo, cuentas de ahorros y de cheques) no se contabilizan para el Core Plan de BadgerCare Plus.

Reglas del Core Plan de Badgercare Plus

Reportar Cambios

Usted tiene que reportar los cambios siguientes:

- Un cambio de dirección
- Si se muda fuera del estado de Wisconsin
- Si surge un cambio donde se está quedando
- Si tiene un niño menor de 19 años de edad, quien está bajo su cuidado y se muda en su casa el 40% de las veces,
- Si tiene un seguro médico adicional
- Si salió embarazada

Favor de Notar: Si usted se muda fuera del estado y no reporta que se mudó, usted tiene la obligación de reembolsar cualquier pago hecho a su HMO, aún si usted no usó su tarjeta de ForwardHealth.

Por ejemplo, si BadgerCare Plus pagó a su HMO $175 cada mes, la cantidad de sobrepago que usted tendrá que reembolsar al programa es de $175 por cada mes que se pagó al HMO dado que BadgerCare Plus no sabía que usted vivía en otro estado.

Usted puede reportar cambios en línea en access.wi.gov, o llame al 1-800-291-2002.

Sus Costos

Se requiere que pague una cuota de $60 no reembolsable para procesamiento de la solicitud y renovación. No tendrá que pagar las primas; Sin embargo, pueda que tenga copagos por los servicios cubiertos del Core Plan. Cada una de las parejas tendrá su propia cuota de solicitud/renovación y procesamiento. Las parejas casadas deben solicitar o renovar juntos y sólo se paga una cuota por procesamiento.

Las personas sin hogar o que pueden recibir los Servicios de Salud Indígenas (Indian Health Services) (Miembros Tribales, etc.) no tienen que pagar una cuota por procesamiento.

Core Plan – Servicios Cubiertos y co-pagos

Favor de Notar: Los servicios siguientes pueden cambiar. Para saber si el servicio que usted necesita está cubierto o si existen algunas limitaciones, usted le debe preguntar a su proveedor.

Es posible que usted tenga que tenga pagar un copago. A miembros cubiertos por el Core Plan se les puede negar servicios si no se paga el copago en el momento en que se preste el servicio.

Servicios Cubiertos/Copago/Límites del Core Plan
Centros de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgical Centers- ASC)
Cobertura por determinados procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio relacionados. Copago de $3 por servicio.
Servicios Quiroprácticos
Full coverage — $0.50 to $3 copayment per service.
Servicios Dentales
Cobertura limitada a ciertos servicios de emergencia. No hay copago.

Servicios Cubiertos/Copago/Límites del Core Plan
Centros de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgical Centers- ASC)
Cobertura por determinados procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio relacionados. Copago de $3 por servicio.
Servicios Quiroprácticos
Full coverage — $0.50 to $3 copayment per service.
Servicios Dentales
Cobertura limitada a ciertos servicios de emergencia. No hay copago.
Suministros Médicos Desechables (Disposable Medical Supplies - DMS)
Cobertura de determinados suministros diabéticos, suministros de ostomía y otros DMS necesarios para el uso de equipos médicos duraderos. Copago de $0.50 a $3 por servicio y $0.50 por receta para suministros diabéticos.
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment – DME)
Cobertura completa de hasta $2.500 por año de inscripción: copago de $0.50 a $3 por artículo. Los artículos de alquiler no están sujetos a copago pero cuentan hacia el límite anual de $2.500.
Enfermedad Renal Rerminal (End Stage Renal Disease – ESRD)
Cobertura completa — no hay copago.
Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar (Cuidado de Salud en el Hogar, Servicios Privados de Enfermería [PDN], y Cuidado Personal)
La cobertura de servicios de salud en el hogar 30 días después de una estadía en el hospital, si le han dado de alta del hospital, está sujeta a la prestación de seguimiento de los servicios de salud en el hogar. La cobertura es limitada a 100 visitas en el plazo de 30 días post-hospitalization. No hay copago.
Hospicio
Cobertura completa. — No hay copago.
Paciente Hospitalizado
Cobertura completa (sin incluir estancias psiquiátricas de pacientes internados en un Instituto de Enfermedad Mental [IMD] o en el pabellón psiquiátrico de un hospital de cuidado intensivo y de tratamiento de abuso de sustancias de paciente interno). Copago de $3 por día para los miembros con ingresos de hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL), con un tope de $75 por cada estancia. Copago de $100 por estancia para miembros con ingresos de 100% a 200% de las FPL. Hay un tope de copago total de $300 por año de inscripción para los servicios de hospital para pacientes internos y externos para todos los niveles de ingresos.

Servicios Cubiertos/Copago/Límites del Core Plan

Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancia

Cobertura limitada a los servicios prestados por un psiquiatra bajo los beneficios de servicios médicos. Copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a $30 por proveedor, por año de inscripción.

Hospital para Pacientes Ambulatorios — Sala de Emergencia

Cobertura completa. No hay copago para los miembros con ingresos hasta un 100% del FPL. Copago de $60 por visita para miembros con ingresos de 100% a 200% de las FPL (excepto si el miembro es admitido en un hospital).

Hospital para Pacientes Ambulatorios

Cobertura completa: copago de $3 por visita para los miembros con ingresos hasta un 100% del FPL. Copago de $15 por visita de miembros con ingresos de 100% a 200% de las FPL. El tope total de copago es $300 por año de inscripción para los servicios de hospital de pacientes internos y externos para todos los niveles de ingresos. Los servicios de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios no están cubiertos.

Médicos

Cobertura completa, incluyendo laboratorio y radiología. Copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a $30 por proveedor por año de inscripción. No hay copago por la administración de los servicios de emergencia, anestesia o clozapina.

Terapia Física (PT), Terapia Ocupacional (OT), y Patología del Habla y el Lenguaje (SLP)

Cobertura completa, limitada a 20 visitas por disciplina de terapia, por año de inscripción. Copago de $0.50 a $3 por servicio. Obligación copago se limita a las primeras 30 horas o $1.500, cualquiera que ocurra primero, durante un año inscripción (los copagos se calculan por separado para cada disciplina) Las visitas de rehabilitación cardiaca cuentan para el límite de 20-visita de PT.

Podología

Cobertura Completa: copago de $0.50 a $3 por servicio, limitado a $30 por proveedor por año de inscripción.

Medicamentos con Recetas

Beneficio de medicamentos de formulario genérico sólo con un número limitado de medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de marca están cubiertos. Hasta $4 de copago por medicamentos genéricos y hasta $8 por medicamentos de marca con un límite de copago de $24 por mes, por proveedor.

Límite de 5 recetas de opioides al mes. Los medicamentos analgésicos opioides se utilizan para ayudar a manejar el dolor. Algunos ejemplos de analgésicos son opiáceos fentanilo, hidrocodona, codeína y metadona. Estos límites no afectan a los miembros que se encuentran en un hogar de ancianos o de cuidados paliativos. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.

Los miembros serán inscritos automáticamente en BadgerRx Gold. Este es un programa separado administrado por Navitus Health Solutions. Puede encontrar más información acerca del Rx Gold en badgerrxgold.com.

Servicios Cubiertos/Copago/Límites del Core Plan
Salud Reproductiva (Planificación Familiar)
CoberturaServicios de planificación familiar proporcionadas por clínicas de planificación familiar están cubiertos por separados bajo Family Planning Only Services. Puede hayar más información acerca Family Planning Only Services en la página 18. por determinados procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio relacionados. Copago de $3 por servicio.
Transporte - Ambulancia
Cobertura limitada para el transporte de emergencia por ambulancia. No hay copago.

Medicaid para Personas Mayores, Ciegas Y Discapacitadas

Medicaid ofrece cobertura de cuidado de salud a personas de 65 años de edad o más, ciegas o discapacitadas. Las determinaciones de discapacidad y ceguera son hechas por el Disability Determination Bureau (DDB) en el Department of Health Services.

Cómo Solicitar

Usted puede hacer su solicitu para los planes siguientes por Internet en access.wi.gov, por correo, por teléfono o en persona.

- Cuidado a Largo Plazo
  - o Home and Community Based Waiver (HCBW)
  - o Family Care y Family care Partnership
  - o Institutional Medicaid (Hospital, Hogar de Ancianos, Instituciones para Enfermedades Mentales)
- Medicaid Standard
- Medicaid Purchase Plan (MAPP)
- Emergency Services
- Tuberculosis-Related Services Only
- Medicare Saving Program

Si usted decide hacer su solicitud por correo, complete el paquete de inscripción de Medicaid para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas (Formulatio F-10101). Usted puede obtener la solicitud en línea en dhs.wi.gov/em/customerhelp, de su agencia o cuando llama a los Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.

Envié la solicitud ya completa y firmada junto con cualquier prueba requerida (ver Prueba/Verificación en la página 46) a su agencia local. Para obtener la dirección y el número de teléfono de su agencia, llame al 1-800-362-3002 o vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Usted será notificado sobre su inscripción, por escrito, dentro de 30 días a partir de la fecha en que la agencia local reciba si solicitud.

Fecha de Inscripción

Usted no puede recibir beneficios hasta que la agencia reciba su solicitud (ya sea en línea en access.wi.gov, por correo, en persona o por teléfono) y haya cumplido con todas las reglas del programa. La fecha más temprana de inscripción será el primero del mes en que la agencia reciba la solicitud completa y firmada. En algunos casos, puede recibir cobertura retroactiva (ver abajo).

Cobertura Retroactiva

Si usted tiene facturas médicas durante cualquiera de los tres meses posteriores a la fecha de su solicitud es posible que usted pueda obtener cobertura por esos meses. Infórmele a su agencia si usted necesita cobertura retroactiva.

Créditos de los Ingresos

Favor de Notar: Para más información con relación a estas secciones, calculaciones y cantidad de ingresos, ver la sección sobre Definiciones de este manual comenzando en la página 55.

El plan de Medicaid en el que usted está inscrito está basado en su "ingreso contable". El ingreso contable es la cantidad de ingreso después de que Medicaid le dé ciertos créditos. Estos créditos pueden incluir:

① Mantenimiento de una casa o apartamento - Si usted está en una institución médica y tiene una casa o apartamento, es posible que usted obtenga un crédito, si:
- Su médico certifica (verbalmente o por escrito) que es probable que usted vuelva a la casa o apartamento dentro de seis meses, y
- Su esposo(a) no está viviendo en el apartmento o la casa.

② Ingresos Especiales Exentos
- Ingresos utilizados para sustentar a otros
- Honorarios de abogados por orden judicial
- Tarifas de tutores por orden judicial o ad litem
- Gastos asociados con el establecimiento y el mantenimiento de una tutela
- Gastos asociados con un Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan) (Ver 4 abajo)
- Gastos de trabajo relacionados con una discapacidad (Impairment Related Work Expenses IRWE)
- Costos asociados con activos inmuebles puestos a la venta

③ Pagos por Sustento - Pagos por sustentos son los pagos que un miembro de Medicaid EBD hace a otra persona que vive fuera de la casa con el propósito de sostener y mantener a esa persona. Estos pagos pueden ser o no ser hechos por una orden judicial.

④ Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan) - Un miembro cuya inscripción se basa en su ceguera o discapacidad puede obtener un crédito por un plan de autosuficiencia económica aprobado. Para calificar para este crédito, el miembro debe de actuar de acuerdo con el plan. El plan debe:
- Ser específico, actual, y por escrito, y
- Ser aprobado por la agencia del condado o tribu.

⑤ Tarifas de Tutores y Honorarios de Abogados - Tarifas de tutores y/o honorarios de abogados ordenados por un tibunal pagados directamente de su ingreso mensual. Costo pagado por usted para el establecimiento y mantenimiento de una orden judicial de tutela o de colocación de protección para usted.

⑥ Gastos Médicos/Gastos Remediales (MRE) — Estos gastos se usan para los programas del Home and Community Based Waiver (HCBW) para el costo compartido y las calculaciones de primas para el Medicaid Purchase Plan. También se usan para ver si usted se puede inscribir en el Medicaid Deductible Plan (ver página 63).

Gastos médicos son servicios o artículos recetados o proporcionados por una persona con licencia profesional médica. La cantidad de este crédito incluye gastos por diagnósticos, cura, tratamiento, o prevención de enfermedad o para un tratamiento que afecte cualquier parte del cuerpo.

Gastos remediales son costos por artículos o servicios que han sido proporcionados con el propósito de remediar, aliviar, o reducir una condición médica. Es probable que usted sólo reciba un crédito por los gastos que sean su responsabilidad y que no sean pagados por ningun otro medio, tales como Medicaid, un seguro particular, o su empleador

Su administrador de cuidado le puede asistir con el cálculo de sus gastos médicos/remediales.

Para las cantidades de ingresos mensuales, vaya a la página 62.

⑦ Gastos de trabajo relacionados con una discapacidad (IRWE) — Estos son los gastos que pueden incurrir debido a su discapacidad y empleo. Los siguientes son ejemplos de gastos de trabajo relacionados con una discapacidad:
- Equipo audio/ visual modificado
- Medios auxiliares de mecanografía (Typing aides)
- Teclados especializados
- Prótesis
- Medios auxiliares para la lectura (Reading aids)
- Modificación del vehículo (más instalación, mantenimiento, y gastos asociados con reparaciones)
- Sillas de ruedas

Favor de Notar: El costo por viaje de ida y vuelta al trabajo no se considera a menos que el costo esté relacionado con la discapacidad.

⑧ $65 y ½ Crédito de Ingreso Ganado - Este crédito está sólo disponible para las personas con un ingreso de trabajo o salario. Los $65 y ½ de crédito se calculan restando $65 de su ingreso bruto de trabajo y salario, luego se divide la cantidad restante entre dos, luego se añade para atrás los $65.

Por ejemplo: Si su ingreso bruto mensual de ingreso de empleo es de $500, su crédito sería de $282.50.

$ 500.00	$ 435	$ 217.50
– 65.00	÷ 2	+ 65.00
= $435.00	= $217.50	=$ 282.50

⑨ Depreciación - Si trabaja por cuenta propia, usted podría deducir la depreciación de su ingreso de trabajo por cuenta propia. La cantidad de crédito por depreciación es la misma que usted reclama en sus formularios de impuestos.

Límites de Ingresos y Activos del Programa

Las secciones a continuación explicarán como se contabilizan los ingresos para los diferentes planes de Medicaid.

Favor de Notar: Las cantidades y calculaciones permitidas se pueden encontrar en la sección sobre "Definiciones". Las tablas de ingresos están en la página 55.

Community Waivers

El límite de activo para una persona es de $2,000. El límite de activo para una pareja casada se describe en la sección "Empobrecimiento del Esposo(a)" (página 32). El límite de ingreso es de $2,022.

Institutional Medicaid

El límite de ingreso para una persona es de $2,000. El límite de activo para una pareja casada se describe en la sección "Empobrecimiento del Esposo(a)" (página 32). El ingreso límite es de $2,022.

Medicaid Purchase Plan

El límite de ingreso para un solicitante es de $15,000. Los activos del esposo(a) del solicitante no cuentan como parte de este límite. El límite de ingreso es $250% del nivel de pobreza federal (ver página 62).

Family Care

Para inscribirse en Family Care, usted se debe poder inscribir en uno de los planes de Medicaid mencionados anteriormente o en el Standard Plan de BadgerCare Plus.

Tuberculosis Related Services Plan (TB)

El límite de activo para los solicitantes es de $2,000. El límite de ingreso es de $1,433. Sólo se contabilizan los ingresos y activos del solicitante.

Examen de Activos

El límite de activos para el Medicaid Standard Plan es $2,000 para una persona o $3,000 para una pareja casada.

Examen de Ingresos

Hay dos maneras de calificar para el Medicaid Standard Plan.

Paso 1

Restar ciertos créditos a su ingreso bruto mensual para calcular el "ingreso contable." Los créditos incluidos en la calculación siguiente están permitidos en esta calculación de ingreso.

$	Ingreso Bruto
-	$65 y ½ Ingreso Obtenido (Earned Income Credit)
-	Crédito por Tarifas de Tutor o por Honorarios de Abogados por Orden Judicial
-	Crédito por Pagos de Sustento por Orden Judicial
-	Crédito por Plan de Autosuficiencia Económica Gastos de Trabajo Relacionados con Una Discapacidad
-	Crédito Fijo de Medicaid
=$	Ingresos Contables

Paso 2

Compare su ingreso contable con el límite de ingresos de Medicaid. Los límites de ingresos están basados en si usted es casado o soltero. El límite del Standard Plan de Medicaid tiene dos partes - una es la cantidad de ingreso más el costo permitido por vivienda.

Límite de Ingreso del Medicaid Standard Plan

Tamaño Grupo 1	Tamaño Grupo2	
$533.11	$806.05	Cantidad de Ingreso
$224.67	$337.00	Costo Actual de Vivienda
($757.78)	($1,143.05)	(Hasta el máximo)

Un individuo/pareja con un ingreso contable de $591.67 puede calificar para el Standard Plan por medio a un deducible de Medicaid.

Medicaid Deductible

Examen de Ingresos: Si su ingreso contable es superior al límite de ingreso del Standard Plan de Medicaid, se calcula el deducible de Medicaid por un período de 6 meses basado en la diferencia entre el ingreso contable mensual y $591.67.

La cantidad del deducible se indica en la carta de la decisión que usted recibe después se procesa su solicitud.

Cálculo del Deducible de Medicaid

$	Ingreso Contable
- $591.67	Límite de Ingreso Mensual
=	Cantidad Mensual por encima del Límite de Ingreso
X 6	Período de Seis Meses
=	Cantidad Deducible

Usted puede usar los gastos de facturas médicas pagadas y no pagadas recientemente para cubrir el deducible. Usted tendrá que presentar pruebas de los gastos a la agencia local. Cuando el deducible ha sido cumplido, Medicaid pagará por los servicios cubiertos hasta el final del período de los seis meses.

Ejemplos de gastos médicos incluyen:

- Primas de seguros de salud, y
- La porción de facturas médicas que debe pagar por usted, su esposo(a) o sus hijos menores después de que Medicare y su seguro particular hayan pagado.

Una vez que ha cumplido con su deducible, usted tendrá un copago por ciertos servicios cubiertos por Medicaid. Ver la sección "Servicios Cubiertos y Copagos" (página 39) de este manual para más información sobre los servicios cubiertos.

*Para las cantidades de ingresos mensuales, vaya a la página 62.

Servicios de Cuidado a Largo Plazo

Muchas personas mayores, discapacitadas o ciegas necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y para cuidar de su salud. Esta ayuda, llamada cuidado a largo plazo, incluye varios diferentes servicios, tales como cuidado personal, limpieza de la casa o enfermería. El cuidado a largo plazo se proporciona en casa, en pequeñas o grandes facilidades de cuidado residenciales o residencias grupales, en los establecimientos de enfermería, y en el lugar de trabajo.

El cuidado a largo plazo (Long -Term Care, por sus siglas en inglés LTC) incluye cualquier servicio que una persona necesite debido a la edad, discapacidad o enfermedad crónica que limite su capacidad para realizar las tareas diarias. Los servicios de cuidado de largo plazo van más allá, y generalmente son adicionales, a los servicios que cubre el Standard Plan de Medicaid y están diseñados para responder a las necesidades especiales de las personas mayores y/o discapacitadas.

Los servicios y apoyos de cuidado a largo plazo incluyen:

- Servicios de Establecimientos de Enfermería
- Servicios de Cuidado Personal
- Servicios de Salud Domiciliaria
- Terapias
- Suministros Médicos Duraderos (DMS)
- Equipos Médicos Duraderos (DME)

Los entornos LTC incluyen:

- El hogar de la persona
- Un hogar de ancianos
- Un establecimiento de residencia
- Un establecimiento comunitario
- Un hospital
- Institución para Enfermedades Mentales

Los programas de cuidado a largo plazo (LTC) incluyen Servicios Institucionales, Home and Community Based Waivers, Family Care.

Examen de Activos

El límite de activos para una persona que solicita para un programa de cuidado a largo plazo es de $2,000. Si la persona que solicita para el programa de cuidado a largo plazo tiene un esposo(a) que vive en la comunidad, el esposo(a) podrá mantener activos por encima del límite de $2,000 sin que esto afecte la elegibilidad para el programa LTC. Ver la sección sobre Protección de Empobrecimiento del Esposo(a) (pagina 32) para consultar el límite de activos cuando hay un esposo(a) que vive en la comunidad.

Examen de Ingresos

Los límites de ingresos mensuales para los programas de cuidado de largo plazo específicos se explican en las secciones a continuación:

Community Waiver/Family Care Medicaid - Límite de Ingreso del Nivel 1, $2,022

Community Waiver/Family Care Medicaid - Límite de Ingreso del Nivel 2, $591.67

Institutional Medicaid - Límite de Ingreso del Nivel 1, $2,022

Institutional Medicaid

El Institutional Medicaid proporciona servicios médicos para aquellas personas que viven en un establecimiento de atención médica que incluye instalaciones de enfermería calificada (SNF), in stalaciones de atención intermedia (ICF), instituciones para enfermedades mentales (IMD), y hospitales.

Para recibir Institutional Medicaid, sus activos tienen que ser inferiores al límite de activos de LTC.

Hay dos formas de calificar para Institutional Medicaid.

Primero, se compara su ingreso bruto mensual (ingresos de trabajo y salarios y demás ingresos) con el Límite de Ingresos del Nivel 1 (ver Examen de Ingreso). Si su ingreso bruto es inferior al Límite de Ingreso del Nivel 1, es posible que se pueda inscribir en el Insitutional Medicaid.

Si su ingreso bruto es superior al Límite de Ingresos del Nivel 1, su ingreso bruto se compara con sus necesidades médicas. Si su ingreso bruto es inferior a sus necesidades médicas, es posible que se pueda inscribir en Institutional Medicaid.

Necesidad Médica

Para determinar sus necesidades médicas para Institutional Medicaid, se tienen en consideración los siguientes gastos.

$45	Subsidios para Necesidades Personales (Personal Needs Allowance)
+	Costo del Cuidado Institucional (tarifa de cuidado privado)
+	Costo del Seguro de Salud
+	Crédito Pagos por Manutención (Support Payments Credit)
+	Otros Gastos Médicos
+	Gastos de Trabajo Relacionados con la Discapacidad (IRWE)
+	Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan)
+	Crédito por Tarifas de Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
=	Necesidad Médica

Calculación del Costo Compartido del Institutional Medicaid

Es posible que haya un costo compartido para una persona inscrita en Institutional Medicaid. El costo compartido se calcula de la forma siguiente:

$	Ingreso Bruto
-	$65 y ½ de Crédito por Ingreso Bruto Obtenido (Earned Income Credit)
-	Costo de la Prima de Seguro de la Persona Institucionalizada
-	Crédito de Pagos por Manutención por Orden Judicial
-	Subsidio para Necesidades Personales (Personal Needs Allowance)
-	Gastos de Mantenimiento del Hogar
-	Crédito por Tarifas Pagadas a Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
-	Distribución de los Ingresos a un Cónyugue en la Comunidad o Dependientes
=	Costo Compartido

Programas del Home and Community Based Waiver (HCBW)

Los programas del Home and Community Based Waiver le permiten a personas mayores, ciegas o discapacitadas vivir en establecimientos comunitarios en vez de instituciones estatales u hogar de ancianos. Le permite a Medicaid pagar por los servicios comunitarios que general mente no están cubiertos por Medicaid. Para recibir servicios de cuidado a largo plazo a través de estos programas, debe:

- Cumplir con el nivel de requisitos de atención médica según lo determine su administrador(a) de cuidado.
- Cumplir con los requisitos no financieros.
- Cumplir con los requisitos financieros.
- Residir en un entorno permitido por las políticas de HCBW.
- Tener una determinación de discapacidad si es menor de 65 años edad.
- De ser necesario, contribuir con el costo de los servicios de exención (waiver).

Hay 3 diferentes grupos de Home and Community-Based Waivers (A, B y C). Usted no puede pertenecer a más de un grupo a la vez. Usted tal vez tenga un costo compartido que tiene que pagar mensualmente para seguir recibiendo los

beneficios. Su Carta de Inscripción le informará si tiene un costo compartido y cuánto es. Además de un costo compartido, ciertos servicios que usted reciba requerirán de un copago.

Exenciones (Waivers) del Grupo A

Los miembros del Grupo A cumplen con los requisitos de elegibilidad funcional HCBW y también cumplen con los criterios financieros y no financieros para los planes de Medicaid, el Standard Plan de BadgerCare Plus y el Medicaid Purchase Plan, así es que no es necesario un examen financiero adicional.

Como miembro del Grupo A, no es necesario que pague una exención mensual de costo compartido, pero debe aún pagar cualquier cantidad mensual asociada con los planes de Medicaid, Standard Plan de BadgerCare Plus y el Medicaid Purchase Plan.

Exenciones (Waivers) Grupo B

Los miembros del Grupo B cumplen con los criterios financieros y no financieros de HCBW y tienen un ingreso bruto inferior o igual al límite de ingresos del Nivel 1 del Community Waiver/Family Care Medicaid.

Si usted integra el Grupo B tal vez tenga que pagar un costo compartido. El costo compartido del Grupo B se basa en su ingreso y los créditos permitidos. El costo compartido del Grupo B se calcula restando los siguientes créditos del ingreso bruto mensual:

$ Ingreso bruto
- Pensión Alimenticia Personal (Personal Maintenance Allowance)
- Pensión Alimenticia Familiar (Family Maintenance Allowance)
- Crédito Pagos de Manutención (Support Payments Credit)
- Crédito por Tarifas de Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
- Plan de Autosuficiencia Económica
- Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad
- Crédito de Primas de Seguros de Salud
- Crédito por Gastos Médicos/ Gastos Remediales (MRE)

= Costo Compartido

Exenciones (Waivers) Grupo C

Los miembros del Grupo C cumplen con los criterios no financieros de HCBW pero tienen ingresos brutos mensuales superiores al límite de ingresos del Nivel 1 del Institutional Medicaid (Ver la tabla en la página 27).

Para cumplir con el examen de elegibilidad financiera del Grupo C, el ingreso del solicitante debe ser inferior al límite de ingresos del Nivel 2 de Medicaid, después de aplicar todos los créditos. Para determinar el ingreso contable, debe restar los siguientes créditos de su ingreso bruto.

$ Ingreso Bruto Obtenido
$ 65 y ½ de Crédito por Ingreso Bruto Obtenido (Earned Income Credit)
- Crédito Fijo de Medicaid
- Crédito por Primas de Seguro de Salud
- Gastos Excedentes de Empleo por Cuenta Propia (Excess Self-Employment Expense)
- Crédito Pagos por Manutención (Support Payments Credit)
- Crédito por Tarifas Pagadas a Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
- Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan)
- Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad

= Ingreso neto ajustado
$ Ingreso Neto Contable
- Gastos Médicos/ Gastos Remediales (MRE) Mensuales *
- Gastos que hubieran sido cubiertos por Medicaid si estuviera inscrito*

= Ingreso Contable (Counted Income)

Si el ingreso neto contable es menor a $591,67*, usted es elegible para HCBW en la categoria del Grupo C. Para permanecer inscrito, es posible que tenga que cubrir una cantidad mensual de obligación de pago (spenddown).

Determinación de la Cantidad de Obligación de Pago (spenddown) del Grupo C

La obligación de pago (spenddown) es la cantidad de gastos que un miembro del Grupo C tiene que incurrir y/o pagar mensualmente para permanecer inscrito en Medicaid bajo la categoria del Grupo C. Si usted no tiene un esposo(a) en la comunidad, usted tiene que pagar la obligación de pago (spenddown) mensualmente para permanecer inscrito. Su administrador(a) de cuidado supervisa y registra que esto ocurra mensualmente.

Cálculo del Costo Compartido del Grupo B o C para un Miembro con un Esposo(a) en la Comunidad

Una vez que se ha determinado la elegibilidad, usted puede otorgar parte de sus ingresos mensuales a su esposo(a) en la comunidad, si es casado y su esposo(a) no reside en una institución. El cálculo del costo compartido para miembros con un esposo(a) en la comunidad o un esposo(a) en la comunidad con hijos a cargos (u otros familiares dependientes) se calcula de la siguiente forma:

$ Ingreso Bruto del Esposo(a) Inscrito
- Pensión Alimenticia Personal (Personal Maintenance Allowance) de un Community Waiver

Ingreso de Esposo(a) en la Comunidad
- Total de Asiganación a Familiares Dependientes del Miembro(s)
- Crédito Pagos por Manutención (Support Payments Credit)
- Crédito por Tarifas de Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
- Plan de Autosuficiencia Económica
- Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad
- Gastos de Primas de Seguro de Salud de una persona inscrita en un Community Waiver

-_____ Gastos Gastos Médicos/ Gastos Remediales (MRE)

= Costo Compartido

Family Care

El programa Family Care proporciona servicios a largo plazo para personas mayores, ciegas y discapacitadas. El programa Family Care no se ofrece ya en todos los condados. La elegibilidad financiera para Family Care se determina de la misma forma que se determina la elegibilidad para personas inscritas en un Home and Community Based Waiver (HCBW). El programa Family Care también proporciona servicios de cuidado a largo plazo para personas que no requieren el nivel de atención de un hogar de ancianos pero requieren ayuda para llevar a cabo las actividades diarias y de cuidado de salud si:

- El miembro cumple con los requisitos financieros y requisitos no financieros para cualquier programa de Medicaid que no sea el Home and Community-Based Waiver, y
- Se solicitan los servicios de cuidado a largo plazo.

Family Care Partnership

Family Care Partnership es un plan de beneficios completos que cubre los servicios de apoyo de cuidado de salud a largo plazo para personas mayores o discapacitadas. Los servicios se proprocionan en la casa del miembro o en un entorno de su elección. Los servicios que este plan cubre son similares a los del Family Care y HCBW con la excepción de que cubre los servicios de cuidados agudos y primarios, además de los cuidados a largo plazo.

Al igual que Family Care, Family Care Partnership no está disponible en todos los condados.

Las reglas de inscripción de Family Care Partnership son similares a las del HCBW o a las del Institutional Long-Term Care (ILTC), dependiendo de sus circunstancias.

Protección Contra el Empobecimient del Esposo(a)

Medicaid proporciona protección financiera especial para que el esposo e hijos dependientes de una persona inscrita en cuidado a largo plazo puedan mantener los activos e ingresos que están por encima de los límites financieros normales de Medicaid.

Límite de Activos para los Casos de Empobrecimiento del Esposo(a)

Para las situaciones en las cuales un esposo(a) sigue viviendo en la comunidad, existen disposiciones especiales de protección de activos que se aplican al momento de la solicitud.

Evaluación de Activos

La agencia local lleva a cabo una evaluación de activos para establecer el examen/límite de activos que deberá pasar cuando solicite Medicaid. Durante la evaluación de activos, tendrá que presentar documentación de los activos que usted y su esposo(a) poseían en la fecha del primer período continuo de institucionalización durante 30 días o más o la fecha de solicitud inicial para exención comunitaria, la que ocurra primero. La agencia local, basada en la documentación que usted presente, determinará "el total de activos de la pareja" y la participación de activos del esposo(a) en la comunidad (community spouse asset share, por sus siglas en inglés CSAS).

El límite de activos para el solicitante es de $2,000 + community spouse asset share (CSAS). El CSAS es la cantidad de los activos contables que superan los $2,000 que el esposo(a) en la comunidad, la persona al cuidado de una institución, o ambos, puede tener al momento en que la persona al cuidado de una institución solicita Medicaid a largo plazo (LTC). Una vez que la persona al cuidado de una institución se inscribe, los activos del esposo(a) en la comunidad quedan inaccesibles para el esposo(a) al cuidado de la institución.

Si el total de los ingresos contables de la pareja es $219,120 o más, entonces la CSAS es $109,560; el límite de activos de Medicaid LTC en el momento de la insicripción en LTC es $111, 560 ($109,560 + $2000).

Si el total de los activos contables de la pareja son menores a $219,120 pero mayores de $100,000, entonces la CSAS es ½ del total de los activos contables; el límite de activos de Medicaid LTC es ½ del total de los activos contables + $2,000.

Si el total de los activos contables de la pareja es de $100,000 o menos, entonces la CSAS es $50,000; el límite de activos de Medicaid LTC es $52,000 ($50,000 + $2,000).

El esposo al cuidado de una institución no se puede insciribir en Medicaid LTC, mientras el total de los activos del esposo en la comunidad y del esposo al cuidado de una institución estén por encima del límite de activos combinado de $2,000 más la cantidad del CSAS.

El exceso de activos (activos que están por encima del límite de activos) pueden reducirse a límites permitidos si se utilizan para pagar los gastos del hogar de ancianos o de cuidado de la casa, otras cosas tales como reparaciones o mejoras domiciliarias, reparación o reemplazo del vehículo, gastos en ropa u otros gastos domésticos.

Cálculo de Empobrecimiento del Esposo

El límite del LTC es el mismo ya sea que la persona al cuidado de una institución tenga o no tenga un esposo(a) o familiares dependientes en la comunidad. No obstante, para la persona que sí tiene un esposo(a) en la comunidad, la persona que solicita

o está inscrita en el programa de LTC se le permite dar parte de sus ingresos al esposo(a) en la comunidad y a familiares dependientes que vivan con el esposo(a). Esto se denomina distribución de ingresos (income allocation).

Cesión de Activos (Divestment)

Cesión de activos es ceder los recursos, tales como ingresos, activos no exentos y propiedades por debajo del valor justo del mercado para poder inscibirse en Medicaid. El valor justo del mercado es un estimado del precio por el cual se podría haber vendido un bien en el mercado libre al momento de la cesión. La cesión de activos también es una medida que se toma para evitar recibir ingresos o activos que usted tiene derecho a recibir.

La cesión de recursos financieros 60 meses antes de la solicitud o institucionalización o después de estar inscrito puede resultar en un período de penalidad de cesión de activos.

Medicaid no pagará los beneficios de cuidado a largo plazo a través de los programas del Community-Based Waiver, Institucional Medicaid o Family Care durante un período de penalidad de cesión de activos.

El período de penalidad de cesión de activos se calcula de la siguiente forma:

$	Cantidad de activos cesionados (Divested amount)
÷	Costo promedio por mes de hogar de ancianos
=	Duración del período de penalidad de cesión de activos en meses

Medicaid Purchase Plan (MAPP)

El programa Medicaid Purchase Plan (por sus siglas en inglés MAPP) es un programa de beneficios completos que proporciona cobertura de atención médica para personas con discapacidades que trabajan o que están inscritas en el programa de Health and Employment Counseling (HEC).

Examen de Activos — El total de activos contables para un miembro de MAPP es de $15,000 o menos.

Cuentas de Independencia (Independence Accounts) — Si está inscrito en MAPP, usted puede establecer "cuentas de independencia". Estas cuentas no afectarán su inscripción. No existe límite para la cantidad de cuentas que puede establecer, y no hay restricciones en el uso del dinero. Cualquier ingreso que deposite mientras esté inscripto en MAPP no será contabilizado como un activo. Los depósitos (provenientes o no provenientes del trabajo) en su cuenta de independencia pueden totalizar hasta un 50% de ingreso bruto durante un período de 12 meses, sin penalidades. Si los depósitos, de los ingresos reales provenientes o no del trabajo, exceden el 50% de las ganancias brutas reales, es posible que se aplique una penalidad.

Examen de Ingresos — El límite de ingresos para MAPP es 250% del FPL (ver la página 62). Su ingreso mensual y el de su esposo(a), si están viviendo juntos, se contabilizan para el examen de ingresos MAPP.

$	Salario Bruto Obtenido (Gross Earned Income
-	Crédito por Ingreso Obtenido 65 y ½ (Earned Income Credit
-	Gastos de Trabajo Relacionados con la Discapacidad (IRWE)
+	Otros Ingresos Brutos (Gross Other Income)
-$20	Crédito Estándar de Medicaid (Standard Medicaid Credit)
-	Pagos de Manutención por Orden Judicial (Court-Ordered Support Payments)
-	Crédito por Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan Credit)
-	Crédito por Tarifas de Tutores u Honorarios de Abogados por Orden Judicial
=	Ingreso contable para MAPP

Para más información sobre el Medicaid Purchase Plan, comuníquese con su agencia.

Compare su ingreso contable con la tabla FPL en la página 62. Si el ingreso contable es menor a 250% del FPL para el tamaño de su grupo, puede inscribirse en MAPP. Al determinar el tamaño de su grupo, debe incluirse a usted, a su esposo(a) y a hijos menores dependientes (naturales o adoptivos) que viven con usted. No incluya a los hijastros en el tamaño del grupo.

Cálculo de la Prima MAPP

Si su ingreso bruto excede 150% del FPL para su grupo, deberá pagar una prima para inscribirse en MAPP. (Ver la tabla FPL en la página 62.) El cálculo de la prima MAPP solamente tiene en cuenta el ingreso del solicitante o miembro inscrito.

Pasos a seguir para calcular la cantidad de prima mensual:

Paso #1.

$	Otros Ingresos Brutos Mensuales (Gross Monthly Other Income)
-	Subsidio por Costo de Vida (Standard Living Allowance)
-	Crédito por Pagos de Manutención por Orden Jucidicial (Court-ordered Support Payment Credit)
-	Crédito por Gastos Legales por Orden Judicial (Court-ordered Legal Expenses Credit)
-	Crédito Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan Credit)
-	Gastos Médicos/ Gastos Remediales (MRE)
-	Gastos de Trabajo Relacionados con la Discapacidad (IRWE)
=	Otros Ingresos Contables

Favor de Notar: Si la cantidad de otros ingresos contables (Counted Other Income) es una cantidad negativa, deduzca el ingreso bruto de esta cantidad antes del Paso #2.

Paso #2

$	Salario Bruto Obtenido (Gross Earned Income)
x .03	X .03
=	3% de Ingreso de Empleo (Employment Income)

Paso #3

$	Otros Ingresos Contables (Counted Other Income)
+	3% de Ingreso de Empleo (Employment Income)
=	Cantidad de Ingresos por Primas Netas (Net Premium Income Amount)

Paso #4

Comparar la cantidad de ingresos por primas netas con la tabla de primas MAPP en la página 63.

Las primas se pueden pagar de varias formas:
- Pago directo con cheque o giro postal;
- Transferencia electrónica de fondos (EFT); o
- Retención salarial en cada cheque recibido.

Para elegir la opción EFT o retención salarial, comuníquese con los Servicios al Cliente al 1-800-362-3002. Así como tiene primas mensuales, puede tener copagos mensuales (Ver Servicios Cubiertos y CoPagos en la página 39). Si no paga la prima mensual a tiempo, puede quedar sujeto a un período restrictivo de reinscripción en MAPP. Durante ese período no podrá inscribirse en MAPP, excepto que exista una buena razón (good cause).

Para más información sobre primas, ver la Guía del Consumidor de MAPP (MAPP Consumer Guide) que recibió cuando se inscribió en MAPP.

Planes de Medicaid con Cobertura Limitada

Medicare Savings Progams

El Medicaid de Wisconsin tal vez pueda ayudarle a pagar por ciertos costos de Medicare si usted

solicita y califica para un Medicare Savings Plan (también llamoa Premium Assistance). Este programa es para aquellos que sean elegibles para participar en Medicare y que tengan un ingreso bajo y activos limitados.

Los límites de activos para los planes de Medicare Savings son:

Tamaño del grupo	Límite de Activos
1	$6,680
2	$10,020

No todos sus ingresos y activos se contará al determinar si eres capaz de inscribirse en un programa de ahorro de Medicare. Los límites de ingresos y activos pueden cambiar cada año. Para los montos actuales, vaya a dhs.wi.gov/medicaid/fpl/fp.htm o llame al 1-800-362-3002.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB)

Medicaid pagará las primas de Medicare Parte A y B y Coseguro (Coinsurance) de Medicare, y deducibles, si cumple con todos los requisitos siguientes:

- Tiene derecho al Medicare Parte A,
- Tiene activos igual o inferior al límite del programa, y
- Tiene un ingreso mensual igual o inferior al 100% del FPL (ver la página 62), después de restar ciertos créditos.

Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB)

Medicaid paga por las primas del Medicare Parte B, si usted cumple con todos los requisitos siguientes:

- Actualmente recibe Medicare Parte A.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del programa, y
- Tiene un ingreso mensual entre el 100% y 120% del FPL*, después de restar ciertos créditos.

Qualified Individual Group 1, También llamado Specified Low-Income Beneficiary Plus (SLMB+)

Medicaid pagará las primas de Medicare parte B, si cumple con todos requisitos siguientes:

- Actualmente recibe Medicare Parte A.
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del programa, y
- No está inscrito en Medicaid, y
- Tiene un ingreso mensual entre el 120% y 135% del FPL*, después de restar ciertos créditos.

Qualified Disabled and Working Individual (QDWI)

Los límites de activos para un Qualified Disabled and Working (QDWI) son:

Tamaño del grupo	Límite de Activos
1	$4,000
2	$6,000

Medicaid paga por las primas de Medicare Parte A, si usted cumple con todos los requisitos siguientes:

- Usted está discapacitado,
- Usted está empleado,
- Usted tiene derecho a Medicare Parte A,
- Tiene activos iguales o inferiores al límite del programa,
- Tiene un ingreso mensual inferior al 200% del FPL*, después de restar ciertos créditos, y
- No está inscrito en Medicaid.

¿Cuándo se Inician los Pagos?

Si usted está inscrito en cualquier nivel de los planes del Medicare Savings Plans, por favor espere por lo menos dos meses para que los pagos se inicien. Este es el lapso de tiempo necesario para que los pagos sean ajustados por el Medicaid de Wisconsin, Medicare y el Social Security Adaministration.

Cuando Medicaid comienza a pagar por su prima de Medicare, su cheque de Social Security aumentará. Si los pagos no comienzan inmediatamente a

*Para las cantidades de ingresos mensuales, vaya a la página 62.

usted se le puede deber un reembolso por parte del Social Security Administration.

Cálculo de Ingresos para los Planes de Medicare Savings

Calcule su ingreso contable para los planes de Medicare Savings de la siguiente forma:

$	Ingreso Obtenido (Earned Income)
-	Crédito por Ingreso Obtenido 65 y ½ (Earned Income Credit)
-	Otros Ingresos (Other Income)
-	Crédito por Pagos de Manutención por Orden Judicial (Court-Ordered Support Payment Credit)
-	Crédito por Gastos Legales por Orden Judicial (Court-Ordered Legal Expenses Credit)
-	Crédito por Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan Credit)
- $ 20	Crédito Fijo de Medicaid (Standard Medicaid Credit)
=	Ingreso Contable

SeniorCare Prescription Drug Assistance (Asistencia con Medicamentos Recetados de SeniorCare)

SeniorCare es para los residentes de Wisconsin que tengan 65 años de edad o más y que cumplan con las normas de inscripción.

Las normas de inscripción incluyen:

- Tiene que ser un residente de Wisconsin.
- Tiene que tener 65 años de edad o más.
- Tiene que pagar una cuota anual de $30 por persona.
- Sólo se contabilizan los ingresos. Los activos, como cuentas de banco, polizas de seguro, propiedades de casa, etc., no se contabilizan.

Hay cuatro niveles de inscripción basados en sus ingresos:

Nivel 1 – Igual o inferior a $17,424 por persona o $23,536 por pareja anualmente.

Nivel 2a – Igual o inferior a $17,425 a $21,780 por persona y $23,537 a $29,420 por pareja anualmente.

Nivel 2b - $21,781 a $26,136 por persona y $29,421 a $35,304 por pareja anualmente.

Nivel 3 - $26,137 o superior por persona y $35,305 o superior por pareja anualmente.

Los miembros de SeniorCare están sujetos a ciertos requisitos de gastos anuales "out of pocket" dependiendo de su ingreso anual. La cobertura de medicamentos pueda que varie por nivel.

Usted puede solicitar al completar la Solicitud de SeniorCare (Formulario F-10076).

Usted puede conseguir una solicitud en línea en dhs.wi.gov/em/customerhelp o al llamar a los Servicios al Cliente al 1-657-2038.

Los límites de ingresos pueden cambiar un poco cada año. Las cantidades indicadas anteriomente entraron en vigor a partir del 1 de marzo del 2011. Para las cantidades actuales o más información acerca de SeniorCare, llame al 1-800-657-2038 o vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Tuberculosis (TB) Related Services Only Benefits (Beneficios de Servicios Relacionados con la Tuberculosis Solamente)

Los Beneficios de Servicios Relacionados con la TB Solamente ayudan a pagar por algunos de los gastos para el cuidado de la tuberculosis, infección de TB o enfermedades de TB.

Para obtener este beneficio, una persona debe cumplir con las reglas de ingreso y activo y haber sido infectado con TB. Para una sola persona, el límite de ingreso mensual es de $1,433 (bruto) y el

*Para las cantidades de ingresos mensuales, vaya a la página 62.

límite de activo es de $2,000 o menos. Para un menor, de 18 años o menos que esté viviendo en el hogar, parte del ingreso y activo de los padres se contabiliza.

El TB-Related Medicaid solo cubrirá los servicios directamente relacionados con el cuidado de TB. Esto incluye:

- Servicios Médicos,
- Medicamentos Recetados,
- Exámenes de Laboratorio y Rayos X,
- Servicios Clínicos,
- Servicios diseñados para fomentar el cumplimiento del tratamiento, y/o
- Servicios necesarios debido a los efectos secundarios de medicamentos recetados para el cuidado de TB.

Favor de Notar: Los servicios relacionados con TB no pagan por las estadías o alojamiento y comida en los hospitales.

Emergency Services Plan

Este plan provee cobertura a corto plazo para personas que tengan una condición médica de emergencia y que no pueden obtener Medicaid regular debido a su condición de inmigrante o de ciudadanía. Los servicios de emergencia solamente pagarán por cuidado de salud recibido por una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es un problema médico el cual podría poner su salud en riego serio si usted no recibe cuidado médico en seguida.

Favor de Notar: El plan de Servicios de Emergencia no garantiza que el cuidado que usted reciba será pagado. Usted tendrá que pagar por el costo de cuidado médico que usted reciba, si el mismo no es considerado una emergencia.

Inscripción en un Hmo SSI de Medicaid

El programa de HMO SSI de Medicaid es un grupo de planes de salud que proporcionan servicios de atención médica para las personas que reciben SSI de Medicaid o Medicaid relacionados con SSI debido a una discapacidad determinada por la Oficina de Determinación de Discapacidad (Disability Determination Bureau). Un HMO es un grupo de médicos, hospitales y clínicas que trabajan juntos para ayudarle a administrar su salud en un solo lugar.

Inscripción en un HMO

Una vez que está inscrito en el programa Medicaid de Wisconsin, recibirá información por correo sobre los HMOs en su área y cómo elegir un HMO.

Usted recibirá todo su cuidado de salud de los proveedores que forman parte del HMO. Si no elige un HMO, puede ser inscrito en un HMO por el programa Medicaid.

Sólo puede recibir cuidado fuera de su HMO, si:

- Es una emergencia,
- Su HMO indica que puede ver a otro médico, o
- El srvicio es un servicio cubierto por Medicaid, pero no está cubierto por su HMO (por ejemplo, los servicios los servicios dentales o quiroprácticos).

Reglas de Medicaid

Reporte de Cambios

Usted tiene que reportar (dentro de los diez días del cambio):

- Cambios en los ingresos familiares, activos o gastos.
- Si cambia de residencia, el lugar donde actualmente se está alojando, o si alguien se muda dentro o fuera de su casa.
- Si alguien se casa o divorcia.

Tendrá que presentar pruebas de algunos de estos cambios (Vea Verificación/Pruebas página 46).

Si no reporta un cambio, es probable que tenga que pagar los servicios que recibió después de que

debería haber cambiado el estado de costo compartido o de inscripción.

Ejemplo: Usted estaba inscrito en Medicaid con un costo compartido de $200 en enero. Cuando se inscribió, le otorgaron un crédito de $75 para gastos de seguro de salud. A fines de marzo, usted canceló ese seguro de salud pero no reportó el cambio hasta junio. El pago excesivo será la diferencia entre la cantidad del nuevo costo compartido y el costo compartido anterior para los meses de abril y mayo.

Cómo Reportar Cambios

- Puede reportar cambios en línea. En access.wi.gov.
- También puede utilizar el formulario Medicaid Change Report o llamar a su agencia. Para obtener este formulario, contacte a su agencia en dhs.wi.gov/em/customerhelp.
- Si recibe beneficios de Supplemental Security Income (SSI), deberá reportar cambios al Social Security Administration.

Como Reportar Cambios - Well Woman Medicaid

Si usted está inscrita enWell Woman Medicaid tiene que reportar los siguientes cambios a la agencia, si usted:

- Tiene 65 años de edad
- Cambia de dirección
- Se muda fuera de Wisconsin
- Recibe Medicare Parte A, Parte B, o ambas
- Se inscribe en un seguro particular que cubre su tratamiento de cáncer.

Información Importante Para Todos los Planes de Cuidado de Salud

Limites de los Servicios de Emergencia

Todos los planes tienen límites sobre cuando usar servicios de la sala de emergencia y servicios de ambulancia. Estos servicios sólo pueden ser usados en una situación de emergencia. Esto ayuda a los proveedores de BadgerCare Plus a proveer servicios a más personas. También ayuda a BadgerCare Plus a mantener bajo los costos.

Las condiciones de emergencia requieren atención médica en seguida para prevenir muerte o daño serio a su salud. Condiciones que no son de emergencia son enfermedades, lesiones, o necesidades médicas que por lo general son atendidas en una oficina del médico.

Ejemplos de condiciones que no son de emergencia son (pero no están limitados a):

- ×Llenar una receta de nuevo (Prescription refills)
- ×Heridas o quemaduras menores
- ×Salpullido (skin rash)
- ×Torcedura
- ×Dolor de espalda
- ×Dolor en un diente
- ×Síntomas de resfriados o gripe
- ×Dolor de cabeza común
- ×Exámenes
- ×Prueba de embarazo, médico u otros exámenes de laboratorio
- ×Una condición existente que no haya cambiado o empeorado de repente

Favor de Notar: Usted no puede usar una sala de emergencia o servicio de ambulancia por que sea más fácil para usted usar estos servicios.

Para evitar usar salas de emergencia y servicios de ambulancia:

- Tenga un médico regular,
- Mantenga sus citas, y
- Llame a la línea telefónica de su médico o enfermera sobre sus necesidades médicas, si está disponible para usted este servicio.

Servicios que no Están Cubiertos Bajo Ningún Plan

Servicios o artículos no cubiertos incluyen, pero no están limitados a:

- Artículos tales como televisiones, radios, sillas que se levantan (lift chairs), aire-acondicionados, y equipo de hacer ejercicios (aún si estos han sido recetados por un médico),
- Procedimientos que sean considerados experimentales o cosméticos por naturaleza, y
- Servicios que necesitan aprobación antes de recibirlos (Vea Autorización Previa para saber más.)

Autorización Previa para los Servicios

Algunos servicios deben de ser aprobados por ForwardHealth antes de usted poder recibirlos. Este proceso se llama "Autorización Previa" (Prior Authorization).

Su proveedor pide la aprobación para estos servicios a ForwardHealth. Si su proveedor no obtiene la aprobación para un servicio(s), ForwardHealth no pagará por el servicio. El proveedor entonces será responsable por el costo del cuidado proveído. Si usted decide recibir un servicio aún después de saber que la aprobación ha sido negada, el proveedor puede cobrarle a usted por el servicio.

Servicios Cubiertos y Copagos

Favor de Notar: Todos los planes no cubren los mismos servicios. Los servicios cubiertos enumerados pueden cambiar. Para ver si el servicio que usted necesita está cubierto, pregúntele a su proveedor de cuidado de salud.

Usted podría ser requerido a pagar por una parte del costo de un servicio. Este pago se llama un copago. Las tablas de Servicios Cubiertos y Copagos proveen una lista de cuales servicios están cubiertos y lo que será el copago para cada servicio.

Los proveedores pueden colectar copagos en el momento en que se provea el servicio, o pueden mandarle una factura más tarde. A usted le podrían cobrar más de un copago si recibe más de un servicio en una misma cita.

Los servicios siguientes no tienen ningún copago bajo ningún plan:

- Servicios de emergencia
- Servicios relacionados con un embarazo
- Servicios proporcionados a niños menores de 18 años de edad (basados en el ingreso familiar)
- Servicios proporcionados a personas en un hogar de ancianos
- Manejo de Clozapine
- Servicios de planificación familiar propocionados por una clínica de planificación familiar, y
- Servicios del programa Well Woman Medicaid

El Standard Plan de Medicaid/BadgerCare Plus

Los proveedores están requeridos a hacer un esfuerzo razonable para colectar un copago pero no pueden rehusar servicio a un miembro que no haga el pago.

El Benchmark Plan de BadgerCare Plus

A los miembros cubiertos bajo el Benchmark Plan se le podrá negar servicios si no pagan el copago el día de la cita.

Favor de Notar: Debido a que los copagos pueden cambiar, le debe preguntar a su proveedor cuál será la cantidad del copago de un servicio.

Un proveedor puede cobrarle por servcios que no están cubiertos por BadgerCare Plus o Medicaid, si:

- El proveedor le dijo antes de propocionarle el servicio que el servicio no estaba cubierto, y
- Usted está de acuerdo en pagar por el servicio.

Standard/ Medicaid Planes de BadgerCare Plus	*Benchmark Plan de BadgerCare Plus*
Centros de Cirugía Ambulatoria	
Cobertura de ciertos procedimientos quirúrgicos y los servicios relacionados de laboratorio. $3 de copago por servicio.	Cobertura de ciertos procedimientos quirúrgicos y los servicios relacionados de laboratorio. $15 de copago por visita.
Servicios Quirprácticos	
Cobertura completa - $.50 a $3 de copago por servicio.	Cobertura completa - $15 de copago por visita.
Servicios Dentales	
Cobertura completa — $.50 a $3 de copago por servicio.	Cobertura limitada de prevención, diagnóstico, restauración simple, periodoncia, y extracciones para mujeres embarazadas y niños. Cobertura limitada a $750 por año de inscripción. Un deducible de $200 se aplica a todos los servicios excepto los preventivos y de diagnóstico. Costo compartido igual al 50% de cuota permitida para todos los servicios. Las mujeres embarazadas están exentas de los requisitos de deducibles y costos compartidos para los servicios dentales.
Etapa Final de Enfermedad Renal (End-Stage Renal Disease - ESRD)	
Cobertura completa. No copago.	Cobertura completa. No copago.
Exámenes de Salud para Niños	
Cobertura completa de exámenes de HealthCheck y otros servicios para personas menores de 21 años de edad. $1 de copago para exámenes a personas de 18, 19 y 20 años de edad.	Cobertura completa de exámenes de HealthCheck y otros servicios para personas menores de 21 años de edad. $1 de copago para exámenes a personas de 18, 19 y 20 años de edad.
Servicios de Hogar Ancianos	
Cobertura completa — no copago.	Cobertura completa por estancias en hogares de ancianos calificados limitadas a 30 días por año de inscripción. No copago.

Standard/ Medicaid Planes de BadgerCare Plus	*Benchmark Plan de BadgerCare Plus*
Suministros Médicos Desechables (DMS)	
Cobertura completa. $0.50 a $3 de copago por servicio y $0.50 por recetas de suministros para la diabetes.	Cobertura de los suministros para la diabetes, suministros de ostomía, y otros DMS que se requieren con el uso de equipos médicos durables (DME). $0.50 de copago por receta para los suministros de la diabetes. No hay copago por otros DMS.
Equipo Médico Duradero (DME)	
Cobertura completa — $0.50 a $3.00 de copago por artículo. Los artículos de alquiler no están sujetos a un copago.	Cobertura completa de hasta $2,500 por año de inscripción. $5 de copago por artículo. Los artículos de alquiler no están sujetos a un co-pago pero cuentan hacia los $2,500 de límite annual. Los audífonos y reparaciones están sujetos a los $2,500 de límite por año de inscripción.
Servicios de Audición	
Cobertura completa — $.50 a $3.00 de copago por procedimiento. No copagos por las pilas para audífonos.	Cobertura completa para miembros de 17 años de edad o menores. $15 por visita, sin tener en cuenta la cantidad o el tipo de procedimiento administrado durante una visita.
Servicio de Cuidado en el Hogar (Salud en el Hogar, Servicios Privados de Enfermería, y Cuidado Personal)	
Cobertura completa de cuidado privado de enfermería, servicio de salud en el hogar, y cuidado personal. No copago.	Cobertura completa de servicios de salud en el hogar. La cobertura se límita a 60 visitas por año de inscripción. EL cuidado privado de enfermería y cuidado personal no están cubiertos. $15 de copago por visita.
Hospicio	
Cobertura completa. No copago.	Cobertura completa, hasta 360 días de por vida. No copago.

Standard/ Medicaid Planes de BadgerCare Plus	*Benchmark Plan de BadgerCare Plus*
Hospital — Pacientes Ambulatorios: Sala de Emergencias	
Cobertura completa— no copago.	Cobertura completa — $60 de copago por visita (exonerado si es admitido a un hospital).
Hospital — Pacientes Ambulatorios	
Cobertura completa. $3 de copago por visita.	Cobertura completa. $15 de copago por visita.
Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancia	
Cobertura completa (sin incluir el alojamiento y la comida). $0.50 a $3.00 de copago por servicio, límitado a las primeras 15 horas o $825 de servicios, lo que ocurra primero, proporcionado por año calendario. Copago no necesario cuando los servicios se prestan en un hospital.	Los servicios cubiertos incluyen salud mental para paciente ambulatorio, abuso de sustancia (incluye tratamiento de narcotico) para paciente ambulatorio, tratamiento de salud mental diurno para adultos, tratamiento de abuso de sustancia para adultos y niños, y tratamiento de salud mental diurno para niños/adolescentes y la estancia de paciente interno en un hospital de salud mental y abuso de sustancia $10 a $15 de copago por visita para todos los servicios de paciente ambulatorio: • $10 por día para todos los servicios de tratamiento diurno. • $15 por visita para los servicios de tratamiento de narcotico (no copago por pruebas de laboratorio) • $15 por visita para el examen de entrevista de di agnóstico de salud mental de pacientes ambulatoios, psicoterapia individual o en grupo (no copago por terapia electroconvulsiva y administración farmacológica). • $15 por visita para los servicios de abuso de sustancia de pacientes ambulatorios.
Servicios de Hospital — Paciente Interno	
Cobertura completa — $3.00 de copago por día con un tope de $75 por estancia.	Cobertura completa — Los copagos son los siguientes: • $100 de estancia por estancias médicas • $50 de copago por estancia para salud mental y/o tratamiento de abuso de sustancia.

Standard/ Medicaid Planes de BadgerCare Plus	***Benchmark Plan de BadgerCare Plus***
Servicios de Médicos	
Cobertura completa, incluyendo laboratorio y radiología. $.50 a $3.00 de copago por servicio limitado a $30 por proveedor por año calendario. No copago por servicios de emergencia, administración de la anestesia o clozapina.	Cobertura completa, incluyendo laboratorio y radiología. $15 copago por visita. No copago por servicios de emergencia, cuidado preventivo, administración de la anestesia o clozapina.
Servicios de Podología	
Cobertua completa — $.50 a $3.00 de copago por servicio; limitado a $30 por proveedor por año calendario.	Cobertura completa — $15 de copago por visita.
Cuidado Prenatal /Maternidad	
Cobertura completa, incluyendo la coordinación de cuidado prenatal y la detección y asesoramiento preventiva de salud mental y abuso de sustancias para mujeres con riesgo de problemas de salud mental o abuso de sustancias. No copago.	Cobertura completa, incluyendo la coordinación de cuidado prenatal y detección y asesoramiento preventivo de salud mental y abuso de sustancias para mujeres con riesgo de problemas de salud mental o abuso de sustancias. No copago.
Servicios de Salud Reproductiva — Servicios de Planificación Familiar	
Cobertura completa, con exclusión de los tratamientos de infertilidad, padres sustitutos y la reversión de la esterilización voluntaria. No copago.	Cobertura completa, con exclusión de los tratamientos de infertilidad, padres sustitutos y la reversión de la esterilización voluntaria. No copago.
Transporte – Ambulancia, Vehículos Médicos Especializado (SMV), Transporte Público	
Cobertura completa de transporte de emergencia y no emergencia de ida a vuelta a un proveedor autorizado para servicio cubierto de BadgerCare. • $2 de copago para viajes en ambulancia que no sean de emergencia. • $1 de copago por viaje para transporte por medio a un Vehiculo Médico Especializado (SMV). • No copago por transporte público o en una ambulancia de emergencia.	Cobetura limitada a transporte de emergencia por ambulancia. • $50 de copago por viaje para transporte de emergencia en una ambulancia. • $1 de copago por viaje para transporte en un Vehículo Médico Especializado (SMV). • No copago por transporte público o en una ambulancia de emergencia.

Standard/ Medicaid Planes de BadgerCare Plus	*Benchmark Plan de BadgerCare Plus*
Visión — Servicios de Rutina	
Cobertura completa, incluyendo anteojos — co-pago de $.50 a $3.00 por servicio.	Examen de los ojos de uno cada dos años, con refracción: copago de $15 por visita.
Terapia:Terapia Física (PT), Terapia Ocupacional (OT) y Patología del Habla/Lenguaje (SLP)	
Cobertura completa — copago de $.50 a $3.00 por servicio. El copago se limita a las primeras 30 horas o $1.500, lo que ocurra primero, durante un año calendario (el límite de copago se calcula por separado para cada disciplina).	Cobertura completa — limitada a 20 visitas por tipo de terapia por año de inscripción. Cubre hasta 36 visitas por año de inscripción para rehabilitación cardiaca proporcionado por un terapista físico. (Las visitas de rehabilitación cardiaca no cuentan hacia las 20 visitas de PT). También cubre hasta un máximo de 60 visitas de terapia de Patología del Habla/Lenguaje (SLP) durante 20 semanas tras el implante quirúrgico de un audifono en el hueso o un implante coclear para miembros de 17 años de edad y menores. Estos servicios SLP no cuentan hacia el límite de 20-visita de SLP. Copago de $15 por visita, por proveedor. No hay ningún límite de copago mensual o anual.

Si Usted Recibe una Factura

ForwardHealth le paga a su proveedor por los servicios cubiertos que usted recibe. Un proveedor no le debe pedir a usted, a su familia u a otros, para que paguen nada más que el copago por los servicios cubiertos. Si usted recibe algo que parece una factura, comuníquese con el proveedor que le está cobrando. Los proveedores conocen los límites de cobertura de ForwardHealth. El proveedor debe decirle si ForwardHealth no cubre un servicio antes de ser proveído el servicio.

Otros Proveedores

Si usted no está inscrito en un HMO, usted debe averiguar con su proveedor de cuidado de salud para ver si él/ella acepta Medicaid y/o BadgerCare Plus. De lo contrario, llame a los Servicios para Miembros y pida ayuda para encontrar a un proveedor que sí acepte Medicaid y/o BadgerCare Plus. Todos los servicios deberán ser proveídos por su HMO o por un proveedor de Medicaid y/o BadgerCare Plus. Si usted recibe servicios por parte de un proveedor que no es parte de Medicaid y/o BadgerCare Plus, usted será responsable de pagar por el costo de los servicios rendidos.

Si hay una emergencia y usted no tiene su tarjeta con usted cuando reciba servicios, dé su número de ForwardHealth a todos los proveedores tan pronto como le sea posible.

Todos los miembros del Core Plan de BadgerCare Plus estarán requeridos a elegir un HMO de

BadgerCare Plus. Usted será notificado para cuando hacer esto. Una vez inscrito en un HMO de su elección, usted tendrá 90 días para cambiar su HMO. Usted puede hacer esto en línea en access.wi.gov o al llamar al Centro de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

Fraude

Fraude significa recibir beneficios o pagos que usted sabe que no debe recibir. También significa ayudar a alguien más a recibir cobertura o pagos que usted sabe que esa persona no debe recibir. Cualquier persona que cometa un fraude será enjuiciado. Si una corte decide que alguien recibió beneficios de cuidado de salud por medio a fraude, la corte requerirá que usted pague para atrás al estado por esos servicios además de otras p enalidades adicionales.

Usted podría recibir una multa por hasta un máximo de $10,000 y ser encarcelado por hasta un año en una cárcel del condado, si usted:

- Intencionalmente da información falsa e incompleta en su solicitud de cuidado de salud.
- No informa sobre un cambio que causa que usted reciba más beneficios de los que debería recibir.
- Ayuda a otra persona a solicitar los beneficios de BadgerCare Plus y usted usa la tarjeta de esa persona para obtener los servicios para usted.
- Usa la tarjeta de otra persona para recibir servicios para usted.
- Le permite a alguien más usar su tarjeta Forward Health para obtener servicios de cuidado de salud o medicamentos recetados.

Otros Seguros de Salud

Si está inscrito en un plan de cuidado de salud de ForwardHealth y si usted o alguien en su familia tiene otro seguro médico de cobertura, usted se lo tiene que decir a la agencia.

Si tiene preguntas sobre el otro seguro médico y la cobertura, comuníquese con la compañía de seguros. Si tiene preguntas o quejas con respecto a la compañía de seguros, comuníquese con:

Office of the Commissioner of Insurance
Bureau of Market Regulation
PO Box 7873
Madison WI 53707-7873
1-800-236-8517

Reclamos por Accidentes y Lesiones

Si usted tiene un accidente o sufre una lesión, y recibe una compensación en efectivo o un pago debido al accidente o lesión y ForwardHealth paga por parte o por todos los gastos de atención, debe reportar a la agencia local. Si ha contratado a un abogado o está tratando con una agencia de seguros para conciliar el reclamo, debe comunicar esta información.

Si está recibiendo el ingreso suplementario (Supplemental Security Income SSI), o reside en Clark, Douglas, Eau Claire, Fond du Lac, Green Lake, Juneau, LaCrosse, Lincoln, Marinette, Rock, Sheboygan, Trempealeau, Vilas, Walworth, Waushara o Waushara o en el condado de Winnebago, debe reportar sobre su accidente o lesión a:

Bureau of Program Integrity
Casualty Recovery Program
PO Box 6243
Madison WI 53791-8978

o

Todos los demás miembros de ForwardHealth debe reportar a su agencia local antes de que el caso sea conciliado, en persona o por teléfono o fax a:

Teléfono: (608) 221-4746 extensión 80062
Fax:(608) 221-4567

Renovar sus Beneficios

Una vez inscrito enMedicaid o BadgerCare Plus, deberá completar una renovación al menos una vez al año con la agencia. La renovación re realiza para asegurarnos de que todavía reúne todos los

requisitos del programa y que el monto de sus beneficios es el correcto. Si no se lleva a cabo la entrevista, sus beneficios terminarán.

Hay muchas maneras de hacer una renovación. Su renovación se puede hacer en línea en access.wi.gov, por teléfono, correo o en persona. Se le notificará por correo el mes antes de la fecha de su renovación. Por ejemplo, si su renovación está prevista en abril, se enviará su carta en marzo. Esta carta también le informará cómo hacer su renovación.

Se le pedirá que proporcione pruebas de sus repuestas (ver Pruebas/Verificación).

Renovación del Core Plan: Se le pedirá pagar una cuota de procesamiento no reembolsable de $60 {si es una persoan sin hogar o es elegibles para recibir Indian Health Services (Servicios de Salud Indígenas), no tendrá una cuota de procesamiento} y no tendrá que completar una Encuesta de Salud.

Para evitar un retraso en su inscripción y/o una interrupción en su cobertura, debe iniciar el proceso de renovación para el día 5 del mes. Por ejemplo, si su inscripción finaliza el 31 de octubre, debe presentar la renovación en línea en access.wi.gov para el 5 de octubre. Si tiene preguntas, póngase en contacto con El Centro de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

Información Importante Para Foodshare y Cuidado de Salud

Verificación/Prueba

Cuando usted solicita, hace su renovación, o reporta cambios para los programas de FoodShare, BadgerCare Plus, y Medicaid, está requerido a proveer pruebas sobre sus respuestas. Las tablas siguientes describen lo que usted necesitará y los artículos que usted puede usar.

Favor de Notar: Si usted necesita ayuda para obtener pruebas, contacte a la agencia. Ellos le pueden ayudar. Si necesita la dirección o número de teléfono de su agencia local, vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al 1-800-362-3002. Si está solicitando o está inscrito en el Core Plan de BadgerCare Plus o un plan del Family Planning Waiver, llame al Centro de Servicios de Inscripción al 1-800-291-2002.

Si usted ya ha dado prueba de ciudadanía y de identidad a su agencia local, usted no tendrá que proporcionar esta información otra vez. Usted no tiene que proporcionar prueba de ciudadanía o identidad si usted está:

- Actualmente recibe Social Security Disability Insurance (SSDI)
- Actualmente recibe los beneficios del Supplemental Security Income (SSI)
- Actualmente recibe Medicare
- Está solicitando o inscrito en Emergency Services
- Está solicitando o inscrito en el BadgerCare Plus Prenatal Program

Tenga en cuenta que, para FoodShare y Medicaid, se le dan créditos por algunos gastos. Para el Standard Plan y El Benchmark Plan de BadgerCare Plus, se le da crédito por el sustento de un menor que usted por ley paga a alguien más. Para obtener créditos, usted deberá reportar y proveer prueba del gasto.

No hay ningún crédito para el Core Plan de BadgerCare Plus.

Pruebas Necesarias y Artículos que Usted Puede Usar	BadgerCare Plus	Medicaid	FoodShare
Ciudadanía de los Estados Unidos (Vea nota en la página 46) • Pasaporte de los Estados Unidos • Acta de nacimiento de los Estados Unidos • Tarjeta de ID de ciudadanía • Papeles de Adopción • Registro Militar • Registro de hospital de nacimiento en los Estados Unidos • Registro de Seguro con nacimiento en los Estados Unidos • Papeles de admisión a un hogar de anciano que muestren nacimiento en los Estados Unidos	Si	Si	No
Condición de Inmigración — Cualquier persona que no sea ciudadano(a) de los Estados Unidos podría usar una copia de su: • Tarjeta de Residencia • Certificado de Naturalización	Si	Si	Si
Identidad (Vea la página 41) • Pasaporte de los Estados Unidos • Tarjeta ID militar dependiente • Licencia de conducir del estado • ID Militar o registro de servicio militar • ID escolar con foto • Documento Tribal de Nativo Americano • Para niños menores de 18 años de edad que estén solicitando BadgerCare Plus o Medicaid, un formulario de Statement of Identity (Declaración de Identidad), (F-10154). Para obtener este formulario, comuníquese con su agencia local.	Si	Si	Si
Discapacidad — A usted se le podría pedir que provea prueba de discapacidad o ceguedad si el estado no puede obtener esta información. Si es así, usted podría proveer una carta de aprobación del State Disability Determination Bureau o una carta de adjudicación del Social Security Administration.	No	Si	Si
Activos • Estado de cuenta de banco • Títulos • Contractos • Escrituras • Pólizas de seguro de vida, etc.	No	Si	No

Es posible que le pidan que proporcione pruebas de sus costos/gastos.

Pruebas Necesarias y Artículos que Usted Puede Usar	BadgerCare Plus	Medicaid	FoodShare
Sustento de Menor Pagado o Recibido — Usted puede usar: • Orden de un tribunal • Registro de pago de otro estado Si usted paga o recibe sustento de menor en Wisconsin, la agencia local tal vez pueda obtener esta prueba. De lo contrario usted tendrá que proveer prueba.	Si	Si	Si
Ingreso — Prueba de todos los ingresos y salarios de trabajo de cualquier miembro de familia que tenga un puesto de trabajo. • Talonarios de Cheques (de los últimos 30 días) • Un formulario de Verificación de Ganancias del Empleador (Employer Verification of Earnings – EVF-E) • Una carta del empleador. Si decide usar una carta, debe de contener la misma información que se encuentra en el formulario EVF-E. **Nota:** si usted quiere usar un formulario de EVF-E, pídale a la agencia que le envíe uno. Su empleador debe completar y firmar este formulario. Envíe el formulario ya completo y firmado a la agencia o los Servicios de Inscripción.	Si	Si	Si
Ingreso de empleo por Cuenta Propia — Prueba de ingresos de todos los miembros de familia que tengan empleos por cuenta propia. • Copias de los formularios de impuestos • Un Informe de Ingreso Empleo por Cuenta Propia (Self-Employment Income Report). Póngase en contacto con la agencia para obtener este formulario.	Si	Si	Si
Embarazo — Usted puede usar una nota o carta de su proveedor de cuidado de salud que confirme el embarazo y que incluya la fecha de dar luz.	Si	Si	No
Seguro Médico — El estado de Wisconsin averiguará si el seguro médico del empleador está disponible para solicitantes y miembros de familia de BadgerCare Plus.	Si	No	No

Pruebas Necesarias y Artículos que Usted Puede Usar	BadgerCare Plus	Medicaid	FoodShare
Otro Ingreso — Usted deberá proveer prueba de todo los demásingresos para cualquier persona en su hogar tales como Social Security, Supplemental Security Income, alimento (alimony), sustento de menor, pago por discapacidad o enfermedad, intereses y dividendos, Beneficios de Veteranos, Compensación de empleados, seguro de desempleados, etc. Usted puede usar: • Declaración de pensión • Carta actual de adjudicación • Cheque reciente de Social Security o Supplemental Security Income	Si	Si	Si

Pruebas Necesarias y Artículos que Usted Puede Usar	BadgerCare Plus	Medicaid	FoodShare
Pagos por Alquiler o Hipoteca — Algunos artículos que usted puede usar: • Alquiler(Lease) o acuerdo de alquiler renta o carta o recibo del propietario • Registro de pago de hipoteca.	No	Si	Si
Costo de Servicios Públicos — Algunos artículos que usted puede usar: • Factura de teléfono y/o servicios públicos • Carta de compañía de servicios públicos • Recibo de Calefacción (*Firewood receipt*)	No	Si	No
Gastos Médicos — Artículos que usted puede usar: • Estado de cuenta de una factura/recibos detallados • Tarjeta de Medicare que muestre la cobertura del Medicare Parte B • Póliza de seguro que muestre la prima de co-seguro, copago, o deducible • Botella de medicina o píldora con el precio en la etiqueta	No	Si	Si

Es posible que le pidan que proporcione pruebas de sus costos/gastos.

Sus Derechos

Toda persona solicitando o recibiendo los beneficios de FoodShare, Family Planning Only Services, o los planes de Medicaid o BadgerCare Plus tiene el derecho de:

- Ser tratado respetuosamente por parte del personal de la agencia.
- Que sus derechos civiles sean respetados. (Para aprender más, consulte la sección Protección de los Derechos Civiles (Civil Rights Protection.)
- Que su información personal se mantenga de forma confidencial.
- Recibir una solicitud o que la misma le sea enviada por correo el mismo día que la solicita
- Que la agencia local acepte su solicitud inmediatamente.
- Pedir a la agencia local que le explique los puntos en este manual que usted no entienda.
- Recibir una decisión sobre su solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la agencia local la recibió. Si se recibe una solicitud en la agencia después de las 4:30 p.m. o durante el fin de semana o día festivo, la en que se recibió será el próximo día hábil. Esto incluye la solicitud de papel o la hecha en línea por Internet.
- Recibir beneficios de FoodShare dentro de los 7 días, si tiene necesidades inmediatas y reúne los requisitos para obtener un servicio más rápido.
- Ser informado con anticipación si sus beneficios van a ser reducidos o cancelados y el motivo del cambio.
- Solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la acción tomada por la agencia.
- Consultar los registros y archivos de la agencia local relacionados con usted, excepto la información obtenida de fuentes confidenciales.

Recopilación y Uso de Información

Los datos que se incluyen en la solicitud, entre ellos el Número de Seguridad Social (SSN) de cada miembro del hogar que solicita los beneficios, están autorizados según la Food Stamp Act de 2008 y sus enmiendas (PL 110 246; 7 United States Code 2011-2036) y Wisconsin Statutes ss 49.82(2). Si está solicitando BadgerCare Plus o Medicaid, pero no tiene un Número de Seguro Social a causa de creencias religiosas o su estatus de inmigración, no está requerido un Número de Seguro Social. La información se utilizará a fin de determinar la elegibilidad de su hogar para comenzar a obtener o seguir recibiendo beneficios.

La información que usted proporcione será corroborada a través de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y su administración.

Brindar esta información, incluso el Número de Seguridad Social (SSN) de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin obstante, cualquier persona que solicite beneficios (FoodShare, o los planes de Medicaid or BaderCare Plus) y no dé un Número de Seguridad Social, no puede recibir beneficios. Los números de Seguridad Social de miembros no inscritos serán utilizados y revelados de la misma manera que aquellos pertenecientes a miembros del hogar que están inscritos.

Su Número de Seguridad Social no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

Protecciones de los Derechos Civiles (Civil Rights Protections)

Toda persona que solicite o reciba beneficios está protegida contra la discriminación en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. De acuerdo con el Food Stamp and Nutricion Act y el reglamento del Department of Agriculture de los Estados Unidos, también se prohíbe la discriminación en base a religión o creencias políticas. Leyes estatales y federales exigen que todos los beneficios se suministren sin ningún tipo de discriminación.

Audiencia Imparcial

En cualquier momento en que sus beneficios sean negados, reducidos o terminados, y usted piensa

que la agencia cometió un error, comuníquese con su agencia. Si la agencia local no está de acuerdo, usted puede pedir al trabajador(a) de la agencia local que le ayude con la solicitud de una conferencia de pre-audiencia y una audiencia imparcial.

Conferencia Previa a la Audiencia

A veces es posible llegar a un acuerdo con la agencia local a través de una conferencia previa a la audiencia sin necesidad de esperar a que se lleve a cabo una audiencia imparcial. En la conferencia previa a la audiencia, usted tendrá la oportunidad de expresar su versión y el representante de la agencia le explicará por qué cree haber realizado la acción. Si el organismo descubre que ha cometido un error, cambiará su decisión y tomará medidas correctivas. Si la agencia decide que la decisión es correcta, y usted todavía considera que la agencia está equivocada, tendrá derecho a utilizar el proceso de audiencia imparcial.

Favor de Notar: El haber aceptado una conferencia previa a la audiencia no afecta su derecho a una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial y luego está conforme con la actuación de la conferencia previa a la audiencia, podrá cancelar la audiencia imparcial.

Audiencia Imparcial

El proceso de audiencia imparcial le da la oportunidad de decirle a un oficio de la audiencia el porque usted cree que la decisión sobre su solicitud o beneficios no fue la correcta. En la audiencia, un oficial de la audiencia escuchará su versión y la de agencia local para averiguar si la decisión fue o no la correcta. Usted podría traer a un amigo o miembro de familia con usted a la audiencia. También podría obtener asistencia legal. (Vea Asistencia Legal en la página 53 para aprender más.)

Cuándo Utilizar el Proceso de Audiencia Imparcial

Si usted cree que la agencia local no tomó la decisión correcta con respecto a su caso, puede utilizar el proceso de audiencia imparcial para que se revise dicha decisión. Algunos ejemplos incluyen:

- Si se rechazó su solicitud o si sus beneficios fueron reducidos o terminados y usted considera que la agencia cometió un error
- Si cree que su solicitud fue rechazada injustamente
- Si su solicitud no fue procesada dentro de 30 días
- Si sus beneficios fueron injustamente interrumpidos, suspendidos o reducidos.
- Si no está de acuerdo con la cantidad de beneficios que usted está recibiendo.

Lea cada aviso o carta que usted reciba atentamente para que le ayude a entender la acción tomada. Si el motivo por el que sus beneficios se ven afectados reside en un cambio de las normas estatales o federales, el Division of Hearings and Appeals no necesitará conceder la solicitud de una audiencia imparcial.

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial

Pida a su agencia local que le ayude a presentar la solicitud para una audiencia imparcial, o escriba directamente a:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Se puede hallar el formulario "Fair Hearing Request" en dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al teléfono (608) 266-3096.

Si usted decide escribir una carta en lugar del formulario, deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre,
- Su dirección,
- Una breve descripción del problema,
- El nombre de la agencia que tomó la acción o que negó el servicio,
- Su Número de Seguridad Social, y
- Su firma.

Para FoodShare, su agencia puede tomar su solicitud de forma verbal.

Favor de Notar: Una solicitud tiene que ser hecha no más de 45 días para cuidado de salud o 90 días para FoodShare después de la fecha en que fue apelada la acción o en cualquier momento mientras esté recibiendo beneficios de FoodShare si usted no está de acuerdo con la cantidad de beneficios. Su Carta de Inscripción (Enrollment Letter) más reciente tendrá la fecha para la cual usted debe solicitar una audiencia.

Usted, su representante (de tenerlo) y la agencia recibirán una notificación por escrito por lo menos 10 días antes de la audiencia imparcial, donde se les informará acerca de la hora, la fecha y el lugar de la audiencia.

Preparativos para una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a llevar testigos, su propio abogado u otro asesor a la audiencia imparcial. El Department of Health Services no le pagará por la asistencia legal que lo represente, pero ellos pueden ayudarlo a encontrar asistencia legal gratis para que lo asesore con las preguntas o lo represente en la audiencia imparcial.

Tiene derecho a revisar cualquier información en el expediente del caso sobre el cual que se usó para determinar su inscripción.. Usted o su representante también tienen derecho de:

- Hacer preguntas a cualquier persona que testifique en la audiencia imparcial y a
- Presentar sus propios argumentos y materiales escritos para demostrar por qué cree estar en lo correcto.

Si el objetivo de la audiencia imparcial es decidir si usted está o no discapacitado, o no tiene la capacidad de trabajar debido a una enfermedad o lesión, tiene derecho a presentar evidencias médicas como prueba. La agencia pagará por estos costos.

Si está limitado a hablar inglés, tiene el derecho a tener un intérprete presente durante la audiencia. La Division of Hearings and Appeals pueda autorizar el pago de las traducciones o los intérpretes necesarios si usted lo pide.

Continuación de los Beneficios

Si está recibiendo beneficios y solicita una audiencia antes de que se produzcan cambios en sus beneficios, usted puede seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Si el oficial de la audiencia decide que la agencia estaba en lo correcto, podría ser necesario que usted devuelva los beneficios adicionales que usted recibió entre el tiempo que usted solicitó la audiencia y el tiempo que el oficial de la audiencia decida sobre su caso.

Solicitar una audiencia imparcial no cancela el proceso de determinación de recertificación o revisión normalmente establecido. Si la agencia le informa antes de la audiencia imparcial que el período de solicitar ha terminado, deberá volver a solicitarlos ser elegible para que sus beneficios continúen. Si la nueva determinación de elegibilidad muestra que se ha habido cambios en su situación, los beneficios pueden verse alterados o terminados debido a estos cambios.

Efectos de la Audiencia Imparcial

Si la decisión de la audiencia imparcial es a su favor:

- La agencia no tomará ninguna acción en su contra.
- Si sus beneficios han sido interrumpidos, comenzará de recibirlos de nuevo (La fecha en que usted comienza recibir beneficios se indicará en la carta de la decisión de la Audienca Imparcial que usted reciba.)

Si la decisión de la audiencia imparcial no es a su favor:

- Valdrá la acción y usted tendrá que pagar todo beneficio que haya recibido sin tener derecho a él.

Pregúntele al trabajador de la agencia si existen limitaciones legales para la recuperación de los sobrepagos.

No se tomará ninguna otra acción en su contra por haber solicitado una audiencia imparcial.

Re-Audiencias

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, tiene derecho a solicitar una "re-Audiencia" si:

- Tiene evidencia nueva importante que era desconocida o no estaba disponible antes de la audiencia y que pueda cambiar la decisión; o
- Considera que hubo un error en los hechos que llevaron a la decisión; o
- Considera que hubo un error en la base legal de la decisión.

Para solicitar una revisión, debe presentarse una petición por escrito dentro de los 20 días posteriores a la fecha en que se emite la decisión escrita de la audiencia imparcial. La Division of Hearings and Appeals decidirá dentro de los 30 días de recibida la petición escrita si se justifica la revisión. Si la oficina no envía una respuesta por escrito en 30 días, la petición fue rechazada.

Apelación de una Decisión de la Audiencia Imparcial o de Re-Audiencia

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial o de la re-audiencia, aún es posible apelar ante el Tribunal Circuito (Circuit Court) de su condado. Esto debe hacerse dentro de los 30 días posteriores a haber recibido la decisión escrita acerca de la audiencia imparcial o dentro de los 30 días del rechazo del pedido de revisión. Para la apelación ante el Tribunal Circuito se debe presentar una petición ante el Secretario del Tribunal de su condado. Es recomendable que tenga asistencia legal si decide apelar la decisión de la audiencia imparcial ante el Tribunal Circuito.

Asistencia Legal

Usted podría recibir asistencia legal con:

- Wisconsin Judicare, Inc. al (715) 842-1681 o por Internet en www.judicare.org

o

- Legal Action of Wisconsin, Inc (LAW) al 1 (888) 278-0633 o por Internet en www.badgerlaw.net/index.html

Cartas

Usted recibirá cartas con relación a sus beneficios. Estas cartas le informarán sobre el estatus de sus beneficios.

Una carta le será enviada antes de que haya un cambio en sus beneficios de FoodShare o beneficios de cuidado de salud. Es importante que lea cada carta que usted reciba.

Las cartas le dirán si:

- Sus beneficios van a ser reducidos o terminados,
- Si su trabajador está esperando cualquier información o prueba (verificación) de parte suya, o
- Si usted necesita tener una revisión para seguir recibiendo beneficios.

Las Cartas de Inscripción (Enrollment Letters)

Las cartas de Inscripción que usted reciba para FoodShare y su cuidado de salud estarán en el mismo formato. Cada carta incluirá lo siguiente:

Resumen: Esta página le da una breve revisión de su caso de BadgerCare Plus así como otros beneficios que usted recibirá. También se encuentra en esta página información sobre a quien contactar en su agencia.

Detalles de los Beneficios: Esta página le dará detalles sobre sus beneficios tal como:

- Quién está o no está inscrito

Pida a su agencia que le explique cualquiera de sus derechos que usted no entienda.

- Las fechas de cobertura.
- Quién no está inscrito, y
- Si usted no está inscrito, la razón(es) por la cual usted no está inscrito.

Si usted puede inscribir en otros programas como FoodShare y un plan de cuidado de salud, usted recibirá unos detalles de beneficios para cada programa.

Ingresos y Cuentas del Hogar: Esta sección consiste en dos partes, una lista de los ingresos y una lista de las facturas archivadas de su hogar. Usted debe verificar sus avisos para asegurarse de que todos los ingresos y facturas estén anotados.

Como se Calculó su Ingreso: Esta sección incluye las cantidades y límites que se usaron para ver si usted se podía inscribir. Su ingreso bruto es el ingreso total que usted reportó, su ingreso calculado (counted income) es su ingreso bruto después de restados ciertos créditos. El límite de ingreso calculado es el mayor ingreso que usted puede tener basado en el número de personas en su familia para permanecer inscrito sin pagar un deducible.

Reglas de Reportar: Esta página provee las reglas de reportar. Le dice cuales cambios que usted debe informar a su agencia.

Contactos Claves: En esta sección se encuentran los contactos claves. La lista de contactos le indica a quien debe contactar con preguntas. Usted también puede obtener esta información en la sección "Contactos Claves" de este manual.

Audiencia Imparcial: La última página contiene información sobre audiencias imparciales tal como la fecha para la cual una audiencia imparcial deberá ser solicitada y como solicitarla. (Vea la sección "Audiencia Imparcial" de este manual para más información).

Tarjetas de Identificación

Tarjeta QUEST

Sus beneficios se depositarán en su cuenta de FoodShare a través de un sistema de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefits Transfer, por sus siglas en inglés EBT). Usted puede tener acceso a sus beneficios por medio al uso de su tarjeta QUEST.

Usted debe tener su tarjeta QUEST con usted cada vez que usted vaya a la tienda a comprar alimentos con sus beneficios.

Tarjeta ForwardHealth

Cada persona inscrita en Medicaid o un plan de BadgerCare Plus recibirá una tarjeta ForwardHealth.

Su tarjeta ForwardHealth no muestra la fecha en que usted se inscribió. Usted recibirá una Carta de Inscripción (Enrollment Letter) por correo de la agencia con la fecha de su inscripción.

Si usted no está seguro si se inscribió o el plan en que está inscrito, llame al número al detrás de su tarjeta o vaya al access.wi.gov.

Cuando usted vaya a un proveedor de cuidado de salud, asegúrese de llevar la tarjeta para la persona que tiene la cita. Los proveedores no están obligados a ver a una persona que no tenga su tarjeta. Si no tiene la tarjeta con usted, le podrían pedir que pague por los servicios rendidos.

Si se presenta una emergencia y usted no tiene su tarjeta con usted en el momento en que se prestaron los servicios, déle su número de ForwardHealth a todos los proveedores tan pronto como le sea posible.

Definiciones

Crédito por Salario $65 y ½ ($65 and ½ Earned Income Credit)
El crédito por salario $65 y ½, solamente está disponible para las personas con un ingreso salarial. El crédito $65 y ½ se calcula restando primero $65 del salario bruto, luego se divide la cantidad restante por dos. Por ejemplo: Si su ingreso bruto mensual del salario de empleo es $500, su crédito sería $282.50.

$ 500.00	$435.00	$ 217.50
– 65.00	÷ 2	+ 65.00
= $435.00	=$217.50	=$ 282.50 Crédito por Empleo

Creditos Permitidos (Allowed Credits)
Antes de que sus ingresos sean comparados con el límite de ingresos de Medicaid, ciertos "créditos" para gastos pueden ser deducidos de su ingreso. Los créditos deducidos de su ingreso variarán según el programa en el que esté inscripto. Para que sean deducidos de su ingreso, el crédito debe cumplir con ciertos reglamentos específicos del programa Medicaid en el cual está inscrito y los mismos deben ser verificados. Consulte el programa específico en el cual está inscripto para ver la lista de créditos que pueden tener un impacto en su inscripción o en el costo compartido.

Activos (Assets)
Dinero en efectivo, propiedades u otras pertenencias que pueden ser convertidas en efectivo, incluyendo pero sin limitación a cuentas corrientes, cuentas de ahorros, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida. Medicaid no toma en consideración ciertos activos. Los mismos pueden incluir: Un vehículo, activos de servicios fúnebres (incluyendo seguro, fondos fiduciarios, y parcelas), ropa y otros elementos personales.

Costo Promedio de un Hogar de Ancianos (Average Nursing Home Cost)
$6,259 – Esta cifra se actualiza todos los años y se basa en el costo promedio de un hogar de ancianos para un paciente que paga en forma particular.

Asignación de Ingreso del Cónyugue en la Comuidad (Community Spouse Income Allocation)
El ingreso del cónyugue en la comunidad se calcula restando el ingreso bruto del cónyugue en la comunidad de la Asignación Máxima del Esposo(a) en la Comunidad.

$	Asignación Máxima del Cónyugue en la Comunidad (vea abajo)
-	Ingreso Bruto del Cónyugue en la Comunidad
=	Asignación de Ingreso del Cónyugue en la Comunidad

La asignación máxima es la cantidad menor de las dos cantidades siguientes:

- La Asignación Máxima de Ingreso del Cónyugue en la Comunidad, o
- $2,438.33 más el exceso de subsidio de vivienda.

Subsidio por Necesidades Básicas de los Community Waivers (Community Waivers Basic Needs Allowance)
El subsidio para el 2009 es de $854.

Pensión Alimenticia Personal de los Community Waivers (Community Waivers Personal Maintenance Allowance)
Este subsidio es para alojamiento, comida y gastos personales, y consiste en 3 componentes.

$854.00	Subsidio por Necesidades Básicas de losWaivers
+	65 y ½ Crédito de Ingreso Ganado
+_____	Crédito por Vivienda Especial
=	Pensión Alimenticia

El total de la suma de estos tres componentes no puede exceder la cantidad de $2,022.00.

Costos Asociados con Créditos de Bienes Raíces que Figuran a la Venta (Cost Associated with Real Estate Property Listed for Sale Credit)
Si una persona inscrita en LTC Institutional Medicaid posee propiedad que no está disponible porque está a la venta, puede utilizar parte de su ingreso para mantener la propiedad hasta que los venda. Se permiten gastos mínimos de calefacción y electricidad como parte del crédito para evitar el daño físico de la propiedad mientras está a la venta.

Se permite una cobertura mínima de seguro a la propiedad como parte del crédito. No obstante, no se permiten los pagos por impuestos e hipotecas como parte del crédito porque deben ser pagados de las ganancias de la venta. Se permite este crédito durante el tiempo en que la persona esté haciendo un esfuerzo de buena fe para vender la propiedad, pero no puede exceder los seis meses.

Costo del Crédito por Cuidada Institucional (Cost of Institutional Care Credit)
El costo real del cuidado institucional.

Costo Compartido (Cost Share)
Dependiendo de su ingreso y su estado civil, tal vez tenga que pagar por parte del costo de atención. Este se denomina el costo compartido. Medicaid pagará por el resto de los servicios que cubre Medicaid. El cálculo del costo compartido diferirá dependiendo de su estado civil y del programa de atención de largo plazo en el que esté inscrito. (Vea la descripción y cálculos del programa específico de cuidado de largo plazo en este manual.)

Subsidio Máximo por Pensión Alimenticia Personal (Medicaid Maximum Personal Maintenance Allowance)
El subsidio para el 2011 es de $2,022.00. Esta cantidad se actualiza cada año.

Exceso de Subsidio de Vivienda (Excess Shelter Allowance) (Empobrecimiento del Cónyugue (Spousal Impoverishment)
El subsidio para el 2011 es de $735.50. Esta cantidad se actualiza cada año.

Exceso de Gastos de Empleo por Cuenta Propia (Excess Self-Employment Expenses)
Cuando hay más de un empleo por cuenta propia, las pérdidas de uno compensan las ganancias del otro.

Distribución de Ingresos para Familiares Dependientes (Dependent Relative Income Allocation)
La asignación de ingresos para familiares dependientes se calcula deduciendo el ingreso del familiar dependiente de la Asignación Máxima de Ingresos para el Familiar Dependiente.

$	Asignación Máxima de Ingresos para el Familiar Dependiente
-_____	Ingreso del Familiar Dependiente
=	Asignación de Ingreso del Familiar Dependiente

Crédito por Pensión Alimenticia Familiar (Family Maintenance Allowance Credit) (Programas Community Waiver/Family Care)
La pensión alimenticia familiar es para la manutención de los miembros de la familia cuando no se aplica la protección contra el empobrecimiento del cónyugue. Si el miembro de la familia es un niño discapacitado, no se incluye la pensión alimenticia familiar. Cuando el participante del waiver es el

tutor de un menor que vive en el hogar, y no hay esposo(a) en el hogar, la pensión alimenticia familiar se calcula de la siguiente forma:

$	Ingreso Bruto Obtenido de Hijos Menores
-	$65 y ½ de Crédito por Ingresos Bruto Obtenido
+	Total de Otro Ingreso de Hijos Menores
=	Ingreso Adjustado de Hijos Menores

Compare el total del Ingreso Ajustado del Menor con el Límite de Ingreso del Nivel 1 de Medicaid para la cantidad de personas en la familia. (No incluya al solicitante del waiver en el tamaño del grupo).

Tamaño Grupo 1 del Medicaid	Límite de Ingreso del Nivel
1	$591.67
2	$591.67
3	$689.33
4	$822.67

Si el Ingreso Ajustado del Hijos Menores es inferior al Límite de Ingreso del Nivel 1 de Medicaid, no hay Pensión Alimenticia Familiar. Si el ingreso ajustado de Hijos Menores es inferior al Límite de Ingreso del Nivel 1 de Medicaid, la Pensión Alimenticia Familiar es la diferencia entre el Ingreso Ajustado de Hijos Menores y el Límite de Ingreso del Nivel 1 de Medicaid.

$	Límite de Ingreso del Nivel 1 de Medicaid,
-	Ingreso Ajustado del Menor
=	Pensión Alimenticia Familiar

Si no hay hijos menores en el hogar, y no corresponden las políticas contra el empobrecimiento del cónjugue, calcule la pensión alimenticia familiar de la siguiente forma:

$	Salario Bruto del Cónyugue
-	$65 y ½ del Total del Crédito de Ingreso Bruto Ganado
+	Total de Otro Ingreso del Cónyugue
-$20	Crédito Fijo de Medicaid
=	Ingreso Ajustado del Esposo(a)

Nivel de Pago SSI y el Suplemento E para una persona es $853.77.

Si el Ingreso Ajustado del Cónyugue es superior al Nivel de Pago de SSI y el Suplemento E para una persona, no hay Pensión Alimenticia Familiar.

Si el Ingreso Ajustado del Cónjugue es inferior al Nivel de Pago de SSI y el Suplemento E para una persona, la Pensión Alimenticia Familiar se calcula de la siguiente forma:

$853.77	Nivel de Pago de SSI y el Suplemento E para una persona
-	Ingreso Ajustado de Cónyugue
=	Pensión Alimenticia Familiar

Crédito por Primas de Seguro de Salud (Health Insurance Premiums Credit)

El costo de las primas de seguro de salud que está obligado a pagar por su cónyugue o por usted, puede ser deducido. Si usted y su cónyugue solicitan, pero sólo uno paga la prima, divida la prima en partes iguales. Distribuir las primas sobre los meses que cubren los pagos.

Favor de Notar: Para casos institucionales, el miembro no obtiene crédito por la deducción de una prima si él/ella no es responsable del pago de la prima.

Crédito por Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad (Impairment Related Work Expenses (IRWE)

Los gastos IRWE son gastos en los cuales se espera que incurra un miembro debido a su discapacidad y empleo. A continuación hay algunos ejemplos de gastos de trabajo relacionados con una discapacidad:

- Equipos audiovisuales modificados
- Medios auxiliares para la mecanografía
- Teclados especiales
- Prótesis
- Medios auxiliares para la lectura
- Modificación de vehículos (más la instalación, mantenimiento, y costos de reparación pertinentes)
- Sillas de ruedas.

El gasto de ida y vuelta al trabajo no se considera a menos que el gasto esté relacionado con la discapacidad.

Ingresos (Income)

Ingresos Obtenidos o Ganados (Earned Income): Este es un ingreso que usted gana de un empleo remunerado. Generalmente, es simplemente el ingreso que usted gana en forma de sueldo o salario. No obstante, también incluye las ganancias netas del empleo por cuenta propia.

Otros Ingresos: Son los ingresos que usted gana de fuentes que no incluyen el empleo activo, tales como el seguro social, pensión, etc.

Ingresos Contables: Este es el ingreso bruto menos los créditos permitidos. Ver las descripciones específicas de los programas de los créditos permitidos por programa y las definiciones de la descripción del crédito y cómo se calcula.

Ingresos No Contables: Conforme a la ley federal, algunos de sus ingresos no son contabilizados al momento de comparar su ingreso con los límites de ingresos de Medicaid.

Algunos ejemplos de ingresos que no son contabilizados incluyen subsidios de ayuda y asistencia para veteranos) y gastos médicos extraordinarios (Veterans Administration Allowances and Attendance and Unusual Medical Expenses) y algunos pagos a norteamericanos nativos.

Crédito por Gastos Legales (Legal Expenses Credit)

Se permite un crédito por gastos para establecer y mantener una tutoría o colocación protectora por orden judicial, incluyendo los honorarios de abogados de oficio o tutores.

Créditos para el Maintenimient o de un Hogar o Apartment o (Maintaining a Home or Apartment Credit)

Si una persona al cuidado de una institución tiene un hogar o apartamento, el gasto por el mantenimiento del hogar o apartamento puede ser acreditado al determinar la participación de los gastos si un médico certifica (verbalmente o por escrito) que es muy probable que la persona regrese al hogar o apartamento dentro de los seis meses, y el cónyugue de la persona al cuidado de la institución no vive en el hogar.

Distribución Máxima de Ingresos del Esposo(a) en al Comunidad (Maximum Community Spouse Allocation)

Esta es de $ 2,739 en el 2011. Esta cantidad podría ser actualizada cada año.

Distribución Máxima de Ingresos papa el Familiar Dependiente (Maximum Dependent Family Member Allocation)

Esta es de $ 607.08 en el 2011.

Crédito por Gastos Médicos/Remediales (Medical/Remedial Expense Credit)

Gastos Médicos: Estos son servicios o artículos recetados o proporcionados por un médico profesional. El monto del crédito incluye gastos para diagnósticos, curación, tratamiento, o prevención de la enfermedad o para el tratamiento de cualquier parte afectada del cuerpo.

Gastos Remediales: Estos son gastos para servicios o artículos proporcionados con el propósito de remediar, aliviar, o reducir una condición médica.

Solamente puede recibir un crédito para los gastos que son de su responsabilidad y que no son reembolsables por ninguna otra fuente, tales como Medicaid, seguro privado, o empleador. Su administrador de cuidado puede ayudarle a calcular los gastos médicos/remediales.

Subsidios por Necesidades Personales Básicas (Personal Needs Allowance)
Este subsidio es de $ 45.

Créditos para el Plan de Autosuficiencia Económica (Self-Support Plan Credit)
Un plan de autosuficiencia económica le permite a las personas que están inscritas debido a ceguera o discapacidad, deducir (restar) los ingresos que se perciben bajo un plan de autosuficiencia económica aprobado. Esto le permite a una persona discapacitada recibir ingresos y acumular recursos para capacitación o para comprar los equipos necesarios para su autosuficiencia económica. Cuando se cumplen con todos los requisitos, los ingresos provenientes de cualquier fuente, provenientes o no del trabajo, se deducen y se permite la acumulación de los mismos hasta el límite especificado en el plan. La agencia tiene que aprobar el plan.

Crédito Fijo (Estándar) Medicaid (Standard Credit)
Este es un crédito estándar de $20.

Subsidio por Costo de Vida (Standard Living Allowance - MAPP)
Este es de $ 777 en el 2011. Esta cantidad se actualiza cada año.

Créditos Especiales de Vivienda (Special Housing Credit)
Los gastos que se incluyen para calcular este crédito son:
- Alquiler,
- Seguro (arrendatario/propietario),
- Hipoteca,
- Impuesto a la propiedad, y
- Servicios públicos (gas, agua, cloacas, electricidad).

Se suman todos los gastos de vivienda. Si el total es más de $350 por mes, el crédito especial de vivienda equivale a sus gastos mensuales de vivienda menos $350.

$	Alquiler
+	Seguro (arrendatario/propietario)
+	Hipoteca
+	Impuesto de propiedad
+	Servicios Públicos
- $350	
=$	Crédito de Especial de Vivienda

Si usted y su cónyugue están ambos presentando una solicitud y reciben ingresos, el crédito especial de vivienda será dividido en partes iguales. Si solamente un cónyuge recibe ingresos y ambos están presentando una solicitud, el crédito de vivienda se deduce del cónyugue con ingresos.

Si ambos cónyugues participan en los waivers (exenciones), existen reglas especiales para calcular la cantidad. (Vea la sección Home and Community Waivers en la página 29.)

Créditos por Pagos de Manutención (Support Payments Credit)
Se puede permitir un crédito para pagos de manutención que un solicitante o socio le paga a otra persona fuera del ámbito familiar, con el propósito de mantener a dicha persona. Los pagos de manutención pueden ser o no por orden judicial.

Otros Programas

FoodShare Employment and Training Program (FSET)

El FSET ofrece a los miembros de Foodshare servicios gratis para dsarollar abilidades de trabajo y encontrar empleo. Si necesita ayuda para encontrar un trabajo o si quiere aumentar sus abilidades en su trabajo actual, FSET podría ayudarlo.

Las agencias pueden ayudarle con sus resumés, habilidades para las entrevistas, y búsqueda de trabajo. FSET le podría ayudar a tomar las clases

Vaya a access.wi.gov, para ver a que otros programas usted podría solicitar.

necesarias para un GED o ESL. Usted puede obtener ayuda de transporte y cuidado de niño mientras usted busca trabajo, va a un entrenamiento o asiste a la escuela.

Pregúntele a un trabajador de FoodShare sobre los servicios del FSET disponibles en su área. SET es un programa voluntario. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de FoodShare aún si usted decide concluir los servicios de FSET.

Caretaker Supplement (CTS)

Caretaker Supplement (CTS) es un beneficio en efectivo para padres que sean elegibles de los pagos del Supplemental Security Income (SSI) y que están viviendo y cuidando de sus hijos menores. Los beneficios del Caretaker Supplement son $250 por mes para el primer niño y $150 por mes para cada niño adicional elegible.

Women, Infant and Children Program (WIC)

Si es elegible para FoodShare de Wisconsin, usted también podría ser elgible para WIC (un programa especial de alimentación suplementaria para mujeres, bebés y niños). Mujeres embarazadas y niños pequeños podrían obtener alimentos nutritivos y asesoramiento de salud/nutrición a través del programa. Para más información sobre el programa WIC y sobre otros programas para los cuales usted podría ser elegible, llame al 1 (800) 722-2295, o vaya a access.wi.gov, o dhs.wisconsin.gov/wic.

Job Center of Wisconsin

Job Center of Wisconsin (El Centro de Trabajo de Wisconsin) está disponible para usted. El Centro de Trabajo es la mayor fuente de emploes en Wisconsin. Uted puede visitar el sitio Web Del Centro de Trabajo en jobcentersofwisconsin.com/. O bien, puede utilizar las computadoras con pantalls táctiles en el Centro de Trabajo más cercano. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

HealthCheck

HealthCheck es un programa de examen médico preventivo para cualquier persona menor de 21 años que esté actualmente inscrita en BadgerCare Plus o Medicaid. Los proveedores de HealthCheck le enseñarán a usted y a su familiar como evitar enfermarse, y también pueden detectar problemas de salud a tiempo, antes de que empeoren.

HealthCheck reúne las reglas de examen físico para programas tales como Head Start, Child Care, WIC (Women, Infants and Children Supplemental Food Program) y los exámenes físicos de escuelas. Su niño(s) podría también obtener ciertos servicios que no son normalmente pagados por BadgerCare Plus a través de un examen de HealthCheck.

Su agencia local o tribal le ayudará a llegar a todas sus citas de HealthCheck. Llámelos si necesita ayuda.

Llame al 1-800-722-2295 (línea gratis) para encontrar a un proveedor de HealthCheck. Si está inscrito en un HMO de BadgerCare Plus o en Medicaid, llámelos para más información sobre HealthCheck.

ACCESS.wi.gov

ACCESS es una opción gratis, privada y fácil de usar que incluye por Internet. Crea tu cuenta hoy para manejar tus beneficios. Su MyACCESS es una opción rápida, privada y fácil de usar por Internet las 24 horas del día los 7 días de la semana. Usted puede manejar sus beneficios tales como:

√ BadgerCare Plus
√ Family Planning Only Services
√ Medicaid
√ FoodShare
√ Child Care

Con su cuenta MyACCESS usted puede:

- Verificar para ver cuales son sus beneficios. Por ejemplo, en que plan de salud está inscrito o la cantidad de sus beneficios de FoodShare.
- Reportar cambios tales como cambios de dirección o un trabajo para cuidado de salud y FoodShare.
- Renovar sus beneficios o ver cuando se vence su renovación para cuidado de salud y FoodShare.
- Presentar un formulario de Reporte de Seis Meses para FoodShare y/o Cuidado Infantil.
- Solicitar una tarjeta de reemplazo de Forward-Health.
- Obtener una Explicación de los Beneficios de Medicaid (EOMB por sus siglas en inglés).
- Averiguar en que HMO de BadgerCare Plus o Medicaid usted está inscrito.
- Pagar la Prima de su Basic Plan de BadgerCare Plus.
- Elegir su HMO para el Standard Plan o el Benchmark Plan de BadgerCare Plus para familias que vivan en la Región Sudeste.

Es fácil crear su cuenta MyACCESS.

① Vaya a access.wi.gov
② Haga clic en "Crear una Cuenta" ("Create an Account")
③ Siga las instrucciones en la pantalla para crear su cuenta.

Tablas de Límites de Ingreso Mensual

Tabla de Límites de Ingreso Mensual/ Máximos de Ingreso Mensual de FoodShare

A partir de 1 del octubre del 2011, los límites son:

Número de Personas en el Hogar	Límite de Ingreso Bruto Mensual	Límite de Ingreso Neto Mensual	Cantidad Máxima de Beneficios
1	$1,816	$ 908	$200
2	$2,451	$1,226	$367
3	$3,090	$1,545	$526
4	$3,726	$1,863	$668
5	$4,362	$2,181	$793
6	$5,000	$2,500	$952
7	$5,636	$2,818	$1,052
8	$6,272	$3,136	$1,202
Para cada persona adicional, añada:			
	$636	$319	$150

Estas cantidades de ingresos se basan en pautas federales, las cuales pueden aumentar una pequeña cifra cada año. Para las pautas actuales vaya a: dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al 1-800-362-3002.

Tabla de Ingreso Mensual de los Planes de Cuidado de Salud

Group Size	100% FPL	120% FPL	135% FPL	150% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL
1	$907.50	$1,089.00	$1,225.13	$1,361.25	$1,815.00	$2,268.75	$2,722.50
2	$1,225.83	$1,471.00	$1,654.88	$1,838.75	$2,451.67	$3,064.58	$3,677.50
3	$1,544.17	$1,853.00	$2,084.63	$2,316.25	$3,088.33	$3,860.42	$4,632.50
4	$1,862.50	$2,235.00	$2,514.38	$2,793.75	$3,725.00	$4,656.25	$5,587.50
5	$2,180.83	$2,617.00	$2,944.13	$3,271.25	$4,361.67	$5,452.08	$6,542.50
Para cada persona adicional, añada:							
	$318.33	$382.00	$429.75	$477.50	$636.67	$795.83	$955.00

Estas cantidades de ingresos se basan en pautas federales, las cuales pueden aumentar una pequeña cifra cada año. Para las pautas actuales vaya a: dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al 1-800-362-3002.

Tabla de Las Primas del Medicaid Purchase Plan (MAPP)

Cantidad de Ingresos Netos Mensuales		La Prima es	Cantidad de Ingresos Netos Mensuales		La Prima es:
De:	A:	Prima	De:	A:	Prima
$0	$25.00	$0.00	500.01	525.00	500.00
25.01	50.00	25.00	525.01	550.00	525.00
50.01	75.00	50.00	550.01	570.00	550.00
75.01	100.00	75.00	575.01	600.00	575.00
100.01	125.00	100.00	625.01	650.00	625.00
125.01	150.00	125.00	650.01	675.00	650.00
150.01	175.00	150.00	675.01	700.00	675.00
175.01	200.00	175.00	700.01	725.00	700.00
200.01	225.00	200.00	725.01	750.00	725.00
225.01	250.00	225.00	750.01	775.00	750.00
250.01	275.00	250.00	775.01	800.00	775.00
275.01	300.00	275.00	800.01	825.00	800.00
300.01	325.00	300.00	825.01	850.00	825.00
325.01	350.00	325.00	850.01	875.00	850.00
350.01	375.00	350.00	875.01	900.00	875.00
375.01	400.00	375.00	900.01	925.00	900.00
400.01	425.00	400.00	925.01	950.00	925.00
425.01	450.00	425.00	950.01	975.00	950.00
450.01	475.00	450.00	975.01	1,000.00	975.00
475.01	500.00	475.00			

Para más información sobre el Medicaid Purchase Plan, comuníquese con su agencia.

Discriminación

De acuerdo con la ley federal y a las normas del U.S. Department of Agriculture (USDA, pos sus siglas en inglés) y del U.S. Department of Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés), se prohíbe a este organismo la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Según el Food and Nutrition Act del 2008 y las normas del USDA, también se prohíbe la disciminación por religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación sobre cuidado de salud o FoodShare, comuníquese con:

Wisconsin Department of Health Services
Affirmative Action / Civil Rights Compliance
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz)
(888) 701-1251 (TTY)

O, para FoodShare,

USDA, Director, Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Teléfono: (800) 795-3272 (voz) o
(202) 720-6382 (TTY).

O, para cuidado de salud,

HHS, Director, Office for Civil Rights,
Room 506-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Teléfono: (800) 795-3272 (voz) o
(202) 720-6382 (TTY).

El USDA, HHS y DHS son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidad igual a todos. Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Si tiene una discapacidad y le gustaría acceso a información en formato alterno u otro idioma, llame al (608) 266-3356 (voz) o 1-888-701-1251 (TTY).

State of Wisconsin
Department of Health Services
Division of Health Care Access and Accountability

P-00079S (10/11)